

Mestrado em Educação para a Saúde

**APERFEIÇOAMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA
FACILITANDO O PROCESSO DE INSERÇÃO NO
CENTRO DE PARTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MATERNO INFANTIL EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

Valdiclea De Jesus Veras

Coimbra, 2018

Valdiclea De Jesus Veras

**APERFEIÇOAMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA
FACILITANDO O PROCESSO DE INSERÇÃO NO
CENTRO DE PARTO DO HOSPITAL UNIVERSITARIO
MATERNO INFANTIL EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

Trabalho de Mestrado em Educação para a Saúde, apresentado à Escola Superior de
Tecnologia da Saúde de Coimbra e à Escola Superior de Educação de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Maria António Castro

Arguente: Prof. Doutora Ilda Massano Cardoso

Orientador: Prof. Doutor João Paulo de Figueiredo

Novembro, 2018

Agradecimentos

A Deus, que me fortalece para viver cada momento e me possibilitou a obtenção de mais conhecimento com a realização deste sonho.

Aos meus pais, por terem dedicado tanto para que eu e meus irmãos tivéssemos estudo e me encorajaram ao caminho certo a ser seguido. Obrigada por tudo!

Aos meus filhos e esposo, pela compreensão nos momentos de ausência. Obrigada pela paciência, renúncia e por me acompanharem nesta caminhada com paciência e amor!

Ao meu espaço de trabalho que é fonte inesgotável de sabedoria e prazer, nele a possibilidade do convívio com meus colegas e com minhas verdadeiras protagonistas, que movem com entusiasmo meu corpo e minhas mãos, e me ensinam muitas vezes como é parir: “as parturientes”.

Ao meu orientador Prof. Dr. João Paulo de Figueiredo, que me aceitou como orientanda e conduziu com maestria e paciência a execução deste trabalho.

Ao Hospital Universitário Materno Infantil que me autorizou realizar a intervenção e permitiu que eu atuasse com total liberdade para realização do estudo.

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta na realização desse trabalho.

Dedicatória

Aos meus filhos, Valter e Magno Filho, pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor e por terem me acompanhados com paciência, no decorrer deste curso, revelando-me a certeza de que todos os dias, ao lado deles, são maravilhosos.

Dedico-lhes este trabalho

Resumo

A inserção do Enfermeiro obstetra no Centro de parto é o tema deste estudo cujo objetivo foi orientar e aperfeiçoar os enfermeiros obstetras em suas competências e habilidades para desenvolvimento de competências assistenciais ao trabalho de parto do Centro Obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil.

Para a avaliação do conhecimento e da prática assistencial dos Enfermeiros perante as pacientes no processo de parto realizou-se administrando-se, de forma exploratória, um questionário. Após a aferição dos indicadores anteriores os mesmos profissionais foram submetidos a um programa de aprendizagem e treino no âmbito do acompanhamento e assistência junto das parturientes e posteriormente foi aferido o ganho dessa formação (aferido por questionário).

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Materno Infantil de São Luís Maranhão com os enfermeiros obstetras. Segundo podemos constatar que 75% dos enfermeiros possuíam práticas e habilidades para acompanhar o trabalho de parto sendo que antes da fase de intervenção somente 42% tinham habilidades para acompanhamento do trabalho de parto. No pré teste 33% dos enfermeiros consideraram o trabalho de parto algo inesperado e perigoso no pós-teste, 17% dos enfermeiros continuaram achando o parto como inesperado e perigoso. No pré-teste 50% dos entrevistados tinham dificuldades de avaliar dilatação e apagamento e plano de Lee após a formação somente 17% ainda tinham dificuldades na avaliação fetal por cardiotocografia que ainda há necessidade de treinamentos posteriores para os enfermeiros, pois ainda 33% desses não tinham segurança em avaliar.

Quanto a capacidade para identificar as distócias obstétricas e utilização de medidas corretivas simples tais como: amniotomia, estimulação ocitócica, hidratação oral ou venosa, etc. conforme diretrizes de assistência ao parto 33% antes da intervenção responderam serem capazes e após a formação 75% se sentiam capazes de identificar as distócias e utilizar as medidas de correção. Outro indicador importante na avaliação, antes da formação, foi que 58% dos enfermeiros obstetras indicaram conhecer a dinâmica e o processo de parto apresentado pelo Partograma, essa mesma proporção aumentou após a formação e que foi de 83% no pós-teste que durante a intervenção houve um aumento dos partos de risco habitual realizados pelo enfermeiro obstetra.

Podemos concluir que o desenvolvimento do projeto de intervenção apontaram significativas conquistas relacionadas a inserção do enfermeiro no trabalho de parto, “observou-se” durante essa intervenção um aumento 47% dos números de partos realizados por enfermeiros obstetras, mudanças de comportamento não só com esses profissionais mas também com os enfermeiros assistenciais que começaram se envolver no mesmo projeto, ocorrendo assim mudanças comportamentais relacionadas ao cuidado com a parturiente. A efetiva participação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto e nascimento na instituição demonstrou confiança no trabalho em equipe, no atendimento humanizado. Consideramos este projeto, viável, exequível e um excelente estímulo para melhorar a assistência as mulheres de modo integral, empoderando essas parturientes a fim de que sejam protagonistas de seu parto.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; trabalho de parto; aperfeiçoamento.

Abstract

The insertion of the obstetrician nurse in the birthing center is the theme of this study whose objective was to guide and perfect obstetrical nurses in their skills and abilities to develop assistance skills for labor in the Obstetric Center of Materno Infantil University Hospital.

A questionnaire was administered in an exploratory manner to assess the knowledge and nursing care practice of nurses in the process of childbirth. After the previous indicators were measured, the same professionals underwent a training and apprenticeship program in the context of the follow-up and assistance to the parturients, and later the gain of this training (measured by questionnaire) was evaluated. The study was carried out at the Maternity Children's Hospital of São Luís Maranhão with the obstetrician nurses





Second, we observed that 75% of the nurses had practices and skills to monitor labor, and that before the intervention phase only 42% had skills to monitor labor. In the pretest 33% of nurses considered labor unexpected and dangerous in the post-test, 17% of nurses continued to find delivery as unexpected and dangerous. In the pretest 50% of the interviews had difficulties to evaluate dilatation and erasure and Lee's plan after the training only 17% still had difficulties in the fetal assessment by cardiotocography that there is still need of further training for the nurses, since still 33% of these did not have evaluation Regarding the ability to identify obstetrical distractions and the use of simple corrective measures such as: amniotomy, oxytocic stimulation, oral or venous hydration, etc. according to the guidelines for childbirth care, 33% before the intervention responded that they were capable and, after training, 75% felt capable of identifying distractions and using corrective measures. Another important indicator in the evaluation, before the training, was that 58% of the obstetrician nurses indicated to know the dynamics and the process of delivery presented by the Partogram, that same proportion increased after the training and that was of 83% in the post test that during the intervention there was an increase in usual risk deliveries performed by the obstetrician nurse.

We can conclude that the development of the intervention project pointed out significant achievements related to the insertion of the nurse in labor, "observed" during this intervention a 47% increase in the number of deliveries performed by obstetricians,

behavioral changes not only with these professionals but also with the care nurses who started to get involved in the same project, thus making behavioral changes related to parturient care. The effective participation of obstetrician nurses in childbirth care at the institution demonstrated confidence in teamwork and humanized care. We consider this feasible, feasible project and an excellent stimulus to improve the care of women in an integral way, empowering these women to so that they are protagonists of their birth.

Key-words: Obstetric Nursing; labor; improvement

Índice Geral

AGRADECIMENTOS	I
DEDICATÓRIA	III
RESUMO	V
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS	XIII
INTRODUÇÃO.....	I
PARTE I —  ENQUADRAMENTO TEÓRICO 	3
CAPÍTULO I O PROCESSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO	3
1.1 Perspectiva Introdutória	3
1.2 A Incidência de Cesáreas no Brasil nos dez anos	4
CAPÍTULO II ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO E O ENFERMEIRO OBSTETRA	7
2.1 Enquadramento histórico	7
2.2 Atribuições do Enfermeiro Obstetra.....	8
2.3 Inserção da Enfermagem Obstetra na Humanização do Parto e Nascimento.....	9
2.4 A Legislação da Atividade do Enfermeiro Obstetra	11
PARTE II —  INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA 	15
CAPÍTULO I PERSPECTIVA METODOLÓGICA E ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	15
1. Perspectiva e enquadramento da Investigação	15
1.1 Objetivo Geral de Investigação	15
1.2 Objetivos Específicos	15
2. Local de Estudo para Trabalho de Campo.....	16
2.1 O Hospital Universitárioda Universidade Federal do Maranhão	16
2.2 Unidade Materno Infantil	17
3. População-Alvo	18
4. Metodologias e Instrumentos de Recolha de Dados.....	18
4.1 – Fase Preparatória do Trabalho de Campo	18

4.2 – Fase I do Trabalho de Campo -----	19
4.3 – Fase II do Trabalho de Campo -----	19
4.3.1 – <i>Fase de Preparação da Intervenção</i> -----	19
4.3.2 - <i>Parcerias, Apoio e Recursos Humanos e Técnicos</i> -----	20
4.4 – Fase III do Trabalho de Campo -----	21
4.4.1 – <i>Segunda fase de Intervenção</i> -----	21
4.4.2 - <i>Acompanhamento e avaliação do projeto</i> -----	21
5. Estratégias Analíticas para Análise de Dados -----	21
CAPÍTULO II ANÁLISE EMPÍRICA DOS RESULTADOS -----	23
1. Caracterização da População-Alvo -----	23
1.1 Caraterização Sociobiográfica dos Profissionais de Saúde -----	23
1.2 Competências e Habilidades do Profissional de Saúde do Centro Obstétrico. -----	25
2. Competências e Habilidades do Profissional de Saúde Após Intervenção. -----	28
3. Indicadores oficiais do Centro Obstétrico. -----	35
CAPÍTULO III ANÁLISE REFLEXIVA DA PRÁTICA CLÍNICA -----	37
1. A Importância do Enfermeiro Obstetra em meio hospitalar -----	37
2. Considerações Finais e Propostas Futuras -----	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	41
APÊNDICE -----	45
APÊNDICE I - DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DO CENTRO DE PARTO QUANTO AO PERCENTUAL DE PARTOS -----	45
APÊNDICE II - FOTOS DOS TREINAMENTOS REALIZADOS -----	46
APÊNDICE III - PRÉ-TESTE APLICADO AOS ENFERMEIROS OBSTÉTRICOS -----	54
APÊNDICE IV - CARTA DE ANUÊNCIA -----	57

Índice de siglas e abreviaturas

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CCOG - Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico

CEEQ - Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica

CO - Centro Obstétrico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CP - Centro de Parto

CPN - Centro de Parto Normal

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GEPEN - Grupo de Educação Permanente de Enfermagem

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

PCDT - Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PNH - Política Nacional de Humanização

PPP - Pré-parto, parto, pós-parto

PRONAENF - Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica

SINASC - Sistema de Informação Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

Lista de gráficos, quadros e figuras

Gráfico 1: Descrição do número de enfermeiros por ano de conclusão da formação em obstetrícia	23
Gráfico 2: Descrição do número de anos em exercício profissional no âmbito da obstetrícia	24
Gráfico 4: Descrição das respostas quanto à classificação do trabalho de parto pelos enfermeiros obstetras.....	25
Gráfico 3: Descrição do índice de capacidade para desenvolver práticas e habilidades pelos enfermeiros obstetras	25
Gráfico 5 e 6: Descrição das respostas quanto à capacidade quer da avaliação do bem-estar fetal quer na identificação das distócias	26
Gráfico 7: Descrição das respostas quanto à capacidade para a resolução da distócia. 26	
Gráfico 8: Descrição das respostas quanto ao conhecimento da dinâmica e processo de parto.....	26
Quadro1: Avaliação da capacidade para assistir e desenvolver as práticas e habilidades no momento do parto.....	28
Quadro2: Avaliação da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à forma de classificar o parto.....	29
Quadro3: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na avaliação da dilatação durante o parto.....	30
Quadro4: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na avaliação do apagamento durante o parto.....	30
Quadro5: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na execução do plano De-Lee durante o parto.	31
Quadro6: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à capacidade na avaliação do bem-estar fetal por cardiotocografia.....	31
Quadro7: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à capacidade na identificação de distócias obstetras.....	32
Quadro8: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à habilidade a realizar manobras de resolução de distócias do ombro.	32
Quadro09: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto às dificuldades na identificação de distócias ou intercorrências.	33
Quadro10: Estudo da alteração do conhecimento do enfermeiro obstetra em relação à dinâmica e processo do parto.	34
Quadro11: Avaliação da importância do treino para alcançar os objetivos na assistência ao parto.	35
Figura 1: Descrição dos indicadores do Centro de Parto quanto ao percentual de partos normais em gestantes de risco habitual.	45
Figura 2: Descrição dos indicadores do Centro de Parto quanto ao percentual de partos vaginais e operatórios.....	45

Introdução

A assistência ao parto é uma prática nova e com elevado impacto para a saúde pública no Brasil. Segundo a revisão da literatura especializada acerca dos modelos assistências aplicados por enfermeiros e médicos, o Sistema Único de Saúde (SUS), com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), indica e recomenda a atenção interdisciplinar no atendimento ao processo de parturição como sendo fundamental para resolução dos problemas de saúde encontrados no cotidiano. As práticas de saúde no período gravídico modificaram-se ao longo do tempo impulsionadas pelas transformações históricas, políticas, econômicas e sociais e diferentes percepções de gênero sendo percebido que ao mesmo tempo que se aumentava os recursos tecnológicos diminuía-se o compromisso do profissional e o relacionamento com a mulher na assistência ao parto.

Perante esse fenômeno uma das estratégias para modificar esse quadro seria inserir enfermeiras obstétricas na assistência para incentivar o parto vaginal implantando práticas baseadas em evidências científicas (Prata, 2012) E nesse contexto que o enfermeiro obstétrica surge como profissional capaz de dar uma assistência mais centrada estando sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, sendo valorizada pelas mulheres. Esta presença constante oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce alterações que possam surgir (Santos,2012).

A educação em saúde nos centros de partos tenta oferecer subsídios para o exercício da cidadania através do reconhecimento pelos usuários da necessidade de saúde e através da relação dialógica entre enfermeira e cliente, respeitando a individualidade e permitindo a tomada de decisão pelo ser cuidado. Deste modo, a educação em saúde atua como um potencializador do cuidado da enfermeira, pois é capaz de gerar mudanças, o aprender mútuo e a construção partilhada do conhecimento. No entanto, é necessário que ocorra a mudança do olhar da enfermagem para a parturiente, transformando a realização dos cuidados, saindo da rotina e dos protocolos e assim, realizar um cuidado com preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo para com o outro. Enquanto enfermeira obstetra, é observado esta difícil problemática diariamente, pelo que o sentido de inoperância surgiu a autocrítica suficiente para agir e modificar esta realidade.

Assim sendo, quer como elemento corporativo de uma instituição de saúde ou a título individual esse projeto de intervenção tem como objetivo orientar e aperfeiçoar as competências e habilidades dos enfermeiros obstetras de forma a superarem as mudanças e

os desafios com que se confrontam, no sentido de favorecer alguns dispositivos para criação do cuidado humanizado como: escuta sensível, acolhimento de demandas, vínculo e corresponsabilização pela produção social da saúde, ancorados nos pressupostos da humanização do cuidado e da atenção integral. Foi neste âmbito que surgiu a necessidade de avaliar e refletir sobre as habilidades e competências da Equipe de Enfermeiros Obstétricos no Hospital Universitário Materno Infantil de São Luís identificando suas necessidades e instrumentalizando esses profissionais para uma boa prática assistencial ao parto

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes principais:

A Primeira Parte (Parte I) identificada por “*Enquadramento Teórico*” dividiu-se em dois capítulos principais. O Capítulo I com o título “*O Processo Histórico da Assistência ao Trabalho de Parto*”, onde se apresentou uma breve perspectiva introdutória à assistência ao parto e ainda a apresentação de determinados indicadores (estatísticas) sobre cesáreas no Brasil nos últimos anos. O Capítulo II debruçou-se sobre a “*Assistência Humanizada ao Parto e o Enfermeiro Obstetra*” dando ênfase à evolução histórica sobre a assistência humanizada, às atribuições do enfermeiro obstetra e o enquadramento das mesmas no âmbito da legislação brasileira.

A segunda parte da dissertação identificada por “*Parte II - Investigação Empírica*” organizada por três capítulos principais. O Capítulo I foi dado destaque à componente *conceptual e metodológica* da tese (definição do objetivo geral de investigação, à explicitação dos objetivos específicos do estudo, local, população-alvo e amostra, metodologias e instrumentos de recolha de dados, considerações éticas que estiveram presentes em todo o trabalho de investigação e ainda a definição de estratégias analíticas para o tratamento da informação recolhida).

O Capítulo II centrou-se na “*Análise Empírica dos Resultados*” que resultaram quer do trabalho de campo realizado na instituição em referência, quer na recolha de informações sociobiográficas dos profissionais. Neste mesmo capítulo focamos também na descrição da ação realizada no terreno junto dos mesmos profissionais bem como os resultados obtidos com a mesma. Por fim ainda se realizou uma breve descrição de indicadores oficiais do centro de parto que foi avaliado ao longo do tempo.

Por fim, no Capítulo III procurou-se apresentar uma análise reflexiva com especial ênfase na importância do enfermeiro obstetra em meio hospitalar e o seu papel na saúde no futuro e ainda o contributo que a mesma dissertação apresenta para a comunidade científica de forma a servir de base a futuras investigações.

Parte I –

∞ Enquadramento Teórico ∞

Capítulo I

O Processo Histórico da Assistência ao Trabalho de Parto

1.1 Perspectiva Introdutória

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. As primeiras civilizações agregaram inúmeros significados culturais a este acontecimento que, ao longo dos tempos e em distintos espaços, foram sendo repensados e reformulados (Velho, Oliveira&Santos,2010). Nos primórdios da civilização, o nascimento era um acontecimento tão natural que a própria natureza encarregava-se de ensinar a arte de nascer (Batista, 2010). A mulher isolava-se para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas, apenas seguia o seu instinto. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico.

A assistência ao parto, de forma histórica era de responsabilidade feminina e apenas as parteiras realizavam esta prática nos domicílios, embasadas unicamente pela experiência e, apesar de não possuírem conhecimento científico, eram reconhecidas pela sociedade (Versiani, Holzmann& Souto, 2013). Familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, as parteiras, curandeiras ou comadres conheciam a gravidez e o puerpério como experiência própria e tinham o papel de confortar as mulheres com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Detinham a preferência das parturientes por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os órgãos genitais (Nagahama, 2006).

A partir do século XX, a institucionalização do parto fez com que as mulheres deixassem de parir em seus lares, no ambiente familiar, com as parteiras, vivendo a ruptura dos hábitos de solidariedade feminina e do espaço da vida cotidiana. Desta forma, o parto como um processo natural, privativo, familiar e feminino, passou a ser vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais a orientar este processo. Este fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ter um papel ativo no parto, o que tem sido uma fonte de insatisfação para estas (Velho, Oliveira &Atherino, 2010).

Desta maneira, segundo o Ministério da Saúde (MS), a mulher/parturiente que deveria ser a protagonista do parto, distancia-se cada vez mais e tem dificuldade em participar da decisão do tipo de parto. Sente-se insegura, submete-se muitas vezes por não se sentir capacitada para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais que atendem o parto (Velho et al, 2010).

Evidências científicas vêm demonstrando ao longo dos anos que muitas práticas ocorridas na assistência obstétrica e neonatal são desnecessárias, pois são aplicadas sem validação de estudos científicos bem desenvolvidos. Apenas as práticas validadas pela ciência devem ser adotadas, visando um nascimento seguro para mãe e criança, com o mínimo de intervenção necessária (Andrade, Lima & Brasil, 2014). A OMS tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas ao parto normal e preconiza que o objetivo desta assistência é promover o mínimo de intervenções com segurança, ou seja, só se deve interferir nesse processo fisiológico caso haja necessidade, proporcionando assim um menor risco de saúde quer para mãe quer para a criança. Para o MS, a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (Brasil, 2001).

1.2 A Incidência de Cesáreas no Brasil nos dez anos

Somente a partir da década de 40 do século XX, os partos passaram a ser assistidos em instituições hospitalares, ou seja, a parturiente perdeu autonomia na condução do processo para os profissionais da saúde. Não se pode negar que os meios tecnológicos, humanos associados ao avanço da ciência médica têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica (Moura, 2007). As institucionalizações da assistência ao parto e os avanços tecnológicos vêm alcançando maiores benefícios maternos e fetais, reduzindo a morbiletalidade do ciclo grávido puerperal. Contudo ainda se observa nesses procedimentos a prática de inúmeras intervenções desnecessárias (Miranda, Bortolon, Matão& Campos, 2008).

A alta incidência de partos cesáreos sem indicações precisas é motivo de preocupação mundial. O procedimento associa-se a taxas mais elevadas de mortalidade materna — quatro a cinco vezes maiores em relação aos partos vaginais — e, ainda, encontra-se associado a morbidade e mortalidade perinatais (Leal, Domingues, Filha, Dias, Nakamura& Gama,

2014). Segundo vários autores a cesariana tornou-se altamente rentável para os hospitais e profissionais de saúde, em especial nas maternidades privadas (Castro, 2005).

O Brasil continua sendo um dos países que registram a maior taxa de cesarianas no mundo. Em relação ao total de partos, as informações provenientes do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), revelaram que os percentuais de cesárea aumentaram de 40%, em 1996, para 46,5%, em 2007, sendo o Sudeste a região com maior proporção de partos por cesárea com 63%, seguido das regiões Sul 62% e Centro-Oeste 61% (Brasil, 2010).

De acordo com a Agência Brasil (2017), pela primeira vez desde 2010, o número de cesarianas na rede pública e privada de saúde não cresceu no Brasil. Esse tipo de procedimento, que apresentava curva ascendente, caiu 1,5 ponto percentual em 2015. Dos três milhões de partos concretizados no Brasil no período de 2015, 55,5% foram cesáreas e 44,5%, partos normais. Em 2016, o padrão de cesarianas mantém-se de forma semelhante 55,5% (informação preliminar). Considerando apenas os procedimentos realizados pelo SUS em 2016, os partos normais (59,8%) já superam as cesarianas (40,2%).

A estabilização das cesarianas é consequência de uma série de estratégias como a implementação da Rede Cegonha, com investimentos em 15 Centros de Parto Normal, qualificação das maternidades de alto risco, maior presença de enfermeiras obstétricas quer na preparação e concretização do parto quer em outras atividades no pós parto.

Em 2016, o Ministério da Saúde também publicou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, definindo os parâmetros e procedimentos que devem ser seguidos pelos serviços de saúde. A medida visa auxiliar e orientar os profissionais da saúde a diminuir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que o procedimento, quando não indicado corretamente, apresenta inúmeros riscos, como aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil (Brasil, 2016).

Capítulo II

Assistência Humanizada ao Parto e o Enfermeiro Obstetra

2.1 Enquadramento histórico

A partir de 1980, iniciou-se um movimento organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, a qualidade da assistência à parturiente e a desincorporação das tecnologias danosas. No Brasil, esse movimento recebeu a denominação de humanização do parto (Diniz, 2005). Entre outras práticas adotadas na humanização do parto e nascimento, está a possibilidade da parturiente escolher a posição mais confortável e também a pessoa que a acompanhará, o contato e aleitamento materno imediato ao recém-nascido e a permanência conjunta da mãe e do recém-nascido no mesmo quarto, conforme recomendam o MS e a OMS (Bussanello, Fernandes, Cappellaro & Silva, 2011).

De acordo com Caus, Santos, Nassif & Monticelli (2012) na maioria dos países desenvolvidos, a assistência ao parto e ao nascimento de baixo risco fundamenta-se na atenção prestada pelo enfermeiro obstetra e por parteiras especializadas. A assistência humanizada ao parto consiste, especialmente, pelo respeito aos aspectos fisiológicos da mulher, que não haja intervenções desnecessárias, que os fatores sociais e culturais do parto e nascimento sejam reconhecidos, e que seja ofertado suporte emocional à mulher e sua família, facilitando os laços familiares e o vínculo mãe/bebê (Brasil, 2014). Deve haver a garantia de um atendimento humanizado tanto para mãe, quanto para os familiares. Permitindo à parturiente que, no momento de preparação e do parto, possa ter um acompanhante para oferecer apoio físico e emocional e que transmita também segurança e tranquilidade (Brasil, 2014). Para além dos aspectos anteriores a parturiente deve ser informada de todos os procedimentos que forem realizados, de modo que todos os seus direitos com cidadã sejam respeitados (Brasil, 2014).

A mulher tem direito à sua autonomia no parto, ela é quem vai escolher a melhor forma de parir (cócoras, deitada ou na água) definindo quanto tempo ela vai ficar com o bebê após o nascimento, quem vai acompanhá-la, bem como decidir se vai alimentar ou ingerir líquidos (Moraes, 2008). De acordo com Prata, Proganti & David (2014) a reconfiguração do campo obstétrico no Brasil foi intensificada a partir do desenvolvimento e da implementação das tecnologias de cuidados da enfermagem obstétrica, que podem ser definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante a sua relação

de cuidado profissional, que compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando a natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres. O caráter não invasivo das tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica reside em acreditarmos que, quando o paciente estabelece um vínculo de confiança com o profissional, ambos compartilham as decisões no planejamento dos seus cuidados (Nascimento, Iozzi, Rocha & Muniz, 2010).

Gramacho e Silva (2014) têm afirmado que o desafio é a atuação efetiva do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, pois vários são os estudos que apontam que esses profissionais intervêm positivamente na redução de intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea e com consequente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal. Face ao exposto a Enfermagem Obstétrica pode fazer uma grande diferença na assistência atual que se perpetua desde a década de 40 do século XX, onde o parto foi institucionalizado, pois segundo a OMS e reafirmado pelo MS por meio do seu programa atual de humanização da Rede Cegonha, é a classe profissional mais preparada para a mudança deste histórico brasileiro e consolidação de uma assistência segura ao processo de parto e nascimento (Brasil, 2011).

Conforme o MS (2010), deve-se garantir práticas voltadas para uma atenção humanizada. Seu conceito é amplo e contempla diversos significados, a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, inicia-se no acolhimento da gestante durante o pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize boas práticas, baseadas em evidências de eficácia e segurança, para evitar intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e a autonomia de todos os envolvidos. É neste processo de mudança que se insere o Enfermeiro Obstetra pois, ele é imprescindível para proporcionar essa mesma atenção humanizada.

2.2 Atribuições do Enfermeiro Obstetra

Durante a graduação em enfermagem, os formandos integram no seu currículo académico disciplina ou disciplinas ligadas à área gineco-obstétrica. Entretanto, só a especialização em nível lato-sensu confere o título de enfermeiro obstetra para a realização de partos naturais ou vaginais. Estando, portanto, a atuação deste profissional respaldado pela Lei de exercício profissional 7.498 (Bittencourt & Oliveira, 2009). O enfermeiro obstetra de acordo com a regulamentação legal só pode assistir parturientes submetidas a partos vaginais sem distócias, ou seja, sem anormalidades durante a avaliação no pré-parto. No entanto, se durante o parto se verificar acontecimentos inesperados que podem colocar

em risco a parturiente caberá ao enfermeiro estar presente e pronto a intervir em estreita colaboração com a restante equipe médica. Nesse âmbito, as intervenções do enfermeiro obstetra devem assentar numa assistência integral de acordo com as necessidades da parturiente, bem como, identificar as ações necessárias para a diminuição da mortalidade materna por causas diretas, que resultam de intervenções, omissões e iatrogenia (Bittencourt & Oliveira, 2009). Na maternidade, o enfermeiro obstetra presta assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal avaliando as condições de saúde materna.

O mesmo profissional está habilitado a conduzir o parto quando acontece de forma natural, examinar a gestante, verificar contrações, dilatações e demais alterações no funcionamento do organismo feminino no momento do parto, e identificar quaisquer alterações patológicas que possam requerer atendimento médico especializado. Além de orientar a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o trabalho de parto, aplica formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que podem aliviar as dores, como banhos, massagens, relaxamento, uso da bola, etc., (Silva, Aguiar & Silva, 2015).

Além do conhecimento adquirido na especialização, a diferença entre um enfermeiro obstetra e um assistencial está no olhar focado na paciente que se prepara para dar a luz. De acordo com a lei do exercício profissional nº7498 de 25 de junho de 1986 o enfermeiro assistencialista cuida do paciente voltado à prescrição médica, além de ter outros afazeres burocráticos. Tanto o enfermeiro obstetra quanto o assistencial lideram os trabalhos de enfermagem do seu setor, orientando, motivando, conduzindo, realizando e desenvolvendo ações técnicas assistenciais de qualidade. Para tanto, cumpre e faz cumprir as normas, rotinas e procedimentos padronizados do seu setor, da instituição e do serviço de enfermagem.

2.3 Inserção da Enfermagem Obstetra na Humanização do Parto e Nascimento

Na década de 80 surge o movimento de humanização do parto e do nascimento, defendendo a transformação do modelo biomédico obstétrico assistencial, modelo esse que não respeitava o direito de escolha das mulheres sobre seu tipo de parto (Porfirio, Progiante & Sousa, 2010). A transformação desse modelo tinha como uma possibilidade reduzir as taxas de cesarianas e, para tal, uma das estratégias seria inserir enfermeiras obstétricas na assistência para incentivar o parto vaginal implantando práticas baseadas em evidências científicas (Prata, Progiante & Pereira, 2012).

Perante a mudança, em geral, do paradigma em saúde o MS elaborou uma estrutura legal que legitimou e favoreceu a inserção do enfermeiro na assistência ao parto das

instituições públicas municipais. Essa mesma base legal também proporcionou as condições para que esses profissionais, uma vez inseridos no campo obstétrico, pudessem lutar pela implantação e desenvolvimento das práticas humanizadas, fato que inexistia anteriormente devido à ausência desses especialistas na assistência ao parto (Proganti & Mouta, 2009)

Em 1998, o MS publicou duas Portarias que regulamentavam a assistência obstétrica prestada por enfermeiras, tendo como finalidade viabilizar a implantação de práticas obstétricas dentro do modelo humanizado. A Portaria Nº 2815 de 29/05/1998 que incluía na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), os procedimentos para o parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas e a Portaria GM Nº 163 de 22/09/1998 que regulamentou a realização do parto normal sem distocia por enfermeira obstétrica nas Organizações de Saúde Públicas do SUS. Em 1999, o MS, começa a investir na formação de enfermeiras obstétricas como forma de expansão do quantitativo destas profissionais no sistema de saúde, integrando assim as ações determinadas pela Política e Programas de Saúde da Mulher, no SUS. Com essa expansão, a enfermagem obstétrica passou a ganhar maior importância, pois contribui efetivamente com as ações de incentivo ao parto normal e ao atendimento ao pré-natal. A instituição do Centro de Parto Normal (CPN) no SUS pelo MS por meio da Portaria/GM n.º 985 de 5 de agosto de 1999 é considerado um marco técnico e político na inserção da enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e no estímulo ao parto fisiológico (Brasil, 1999). Considerando que o CPN e/ou Casa de Parto destinam-se à assistência ao parto e nascimento de risco habitual, da admissão até à alta, conduzido pelo Enfermeiro Obstetra, cabe a esse profissional atuar de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, garantindo atendimento integral e de qualidade, baseado em evidências científicas e humanizado, às mulheres, seus recém-nascidos e familiares e/ou acompanhantes (Conselho Federal de Enfermagem, 2015).

Além disso, a estratégia governamental intitulada Rede Cegonha, implantada pela portaria n.º 1.459 de 24/6/2011 (Brasil, 2011), traz um novo modelo de atenção à Saúde Materno-infantil com assistência focada desde o planejamento reprodutivo até aos dois anos de vida da criança. Este é um modelo que apresenta caráter de acolhimento e resolubilidade que tem como foco a redução da mortalidade de mulheres, crianças e recém-nascidos de uma maneira que a efetividade dessa estratégia alcance o principal objetivo proposto, estando à enfermagem como entidade indispensável nesse processo. A Rede Cegonha permite a capacitação e qualificação dos profissionais de saúde, valorizando o enfermeiro da Rede de

Atenção Básica e o enfermeiro obstetra/obstetriz, para que este possa agir de forma a prestar um serviço humanizado e de qualidade às mulheres e as crianças, dando uma resposta à “violência obstétrica” através do cuidado e assistência baseada em evidências (Silva, Moraes, & Reichenheim, 2012).

O MS (2012) enfatiza a assistência de enfermagem como também reconhece aos profissionais a capacidade de desenvolverem, em articulação com os pontos de atenção em rede, regulação obstétrica no momento do parto e bem como gerenciadores dos CPN e intra e peri-hospitalares garantindo assim a ampliação do acesso, do vínculo com a gestante e da atenção humanizada ao parto e ao nascimento. Também como parte da estratégia da Rede Cegonha, o MS tem vindo a estimular e a financiar a qualificação de enfermeiros obstetras na perspectiva de ampliação e qualificação do olhar desses profissionais, para que estes prestem uma assistência mais humanizada com acolhimento das escolhas da mulher no processo de parturição, realizando uma minuciosa avaliação clínica e obstétrica (Pinheiro, 2016). Esta valorização do enfermeiro obstetra influenciou o aumento da procura pela formação de profissionais para assistência ao parto normal, incluindo a especialização para as enfermeiras obstétricas, após a conclusão do curso de enfermagem e a formação ao nível de graduação para as obstetrizes (Merighi & Gualda, 2009).

Em 2012, MS promoveu novo incentivo à formação de enfermeiras obstétricas, em parceria com o MEC, por meio da criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Os cursos de residência do PRONAENF são vinculados às instituições educacionais, o que garante a certificação das enfermeiras para o exercício profissional na especialidade, tendo como objetivo qualificar enfermeiras com habilidades técnicas para os cuidados baseados nos princípios da humanização e nas evidências científicas.

2.4 A Legislação da Atividade do Enfermeiro Obstetra

A Enfermagem Obstétrica é regulamentada e dispõe de legislação ampla que define e delimita a atividade profissional. É fundamental o conhecimento desta lei pelo enfermeiro obstetra para garantir uma atuação autônoma conforme os dispositivos legais e éticos da profissão.

Passemos a esquematizar um conjunto de normas/leis/portarias que permitiram definir o espaço da enfermagem obstetra ao longo dos anos: a) Lei no 8.967/94, Dec. nº 94.406/87 (Regulamentação), em seu Art. 9º, define o que são parteiras; b) Lei no 7.498, de 25 de junho

de 1986, atualiza a regulamentação da profissão de parteiras com diplomas concedidos por escolas estrangeiras consolidando a profissão do enfermeiro obstétrico e suas competências na assistência a parturiente, dentre elas, assistir ao parto e a parturiente, observar a intercorrência e aplicar anestesia local, se necessário; c) Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra; d) Em 1998 o MS publica as Portarias nº 2815 e nº 163 que permitem a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos e cria o modelo de Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH; e) A Resolução do MS/COFEN 223/99, dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. E assim passa a ser de competência do enfermeiro obstetra: realização do parto normal sem distocia; assistência à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; Execução e assistência obstétrica em situação de emergência; Assistência à parturiente e ao parto normal; Identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnica científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe /filho; Realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber. f) Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2007, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências: “Parágrafo Único: Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentado pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa.”

A Resolução nº439/2012 emitida pelo Conselho Federal de Enfermagem tornando obrigatório o registro de título de especialista em Enfermagem Obstétrica a todos os Enfermeiros Obstétricos que atuem em serviços de atenção obstétrica e neonatal ou no domicílio na realização de parto normal sem distocia.

Em 2015, o Conselho Federal de Enfermagem emite três resoluções regulamentando o papel do enfermeiro obstetra que são: I A Resolução COFEN nº 477/2015 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas; Essa

Resolução define como atividade privativa do Enfermeiro Obstetra a prescrição de assistência de enfermagem obstétrica, cuidados diretos de enfermagem a pacientes obstétricas graves, com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, ligada à área de obstetrícia, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. A Resolução COFEN nº 479/2015 que estabelece os critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz. A Resolução COFEN nº 516/2016; II Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Mudanças nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal (Malheiros, Alves, Seródio & Muniz, 2012).

Parte II - ∞ Investigação Empírica ∞

Capítulo I Perspectiva Metodológica e Enquadramento da Investigação

1. Perspectiva e enquadramento da Investigação

Esta tese justificou-se por impulsionar necessidade de refletir e de dar respostas às necessidades que urgem cada vez mais na realidade da saúde, em específico na vida da parturiente imprimindo aspectos positivos para revisão dos processos assistenciais em relação à equipe de enfermeiros, possibilitando oferecer subsídios teóricos e práticos para inserção definitiva de enfermeiros obstétricos no cenário do parto no Hospital Universitário Materno Infantil mediante a análise das competências e habilidades do Enfermeiro Obstétrico. E assim surge a questão norteadora desse estudo: Como treinar e desenvolver habilidades e competências para que o enfermeiro obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil consiga alcançar um trabalho efetivo junto a parturiente?

1.1 Objetivo Geral de Investigação

Face ao exposto propusemos o seguinte objetivo geral de investigação: Identificar deficiências e dificuldades relacionadas a competências e habilidades dos enfermeiros obstetras do Hospital universitário Materno Infantil na assistência integral ao parto.

1.2 Objetivos Específicos

Perante o grande objetivo geral de investigação propusemos em seguida uma ampliação de objetivos específicos que orientassem o trabalho de campo na compreensão da problemática em estudo: a) Aprimorar Enfermeiros obstétricos para desenvolvimento de competências assistências ao trabalho de parto do Centro de Parto do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; b) Aperfeiçoar o conhecimento dos enfermeiros obstetras acerca das práticas e habilidade; c) Empoderar o enfermeiro obstetra com conhecimentos teórico-práticos; d) Possibilitar transformações na abordagem assistencial do enfermeiro às parturientes.

2. Local de Estudo para Trabalho de Campo

2.1 O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir o ensino, a pesquisa e a extensão de intervenção na área de saúde e afins. O HUUFMA é formado por duas grandes unidades hospitalares: Hospital Presidente Dutra, inaugurado em 28 de julho de 1961 e Hospital Materno Infantil inaugurado em 05 de maio de 1984. De forma global ambos os hospitais disponibilizam 573 leitos, sendo 63 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Neonatal, Adulta e Pediátrica) e 22 leitos de isolamentos, além de 16 salas para cirurgias. Possui 18 leitos para internação de gestantes de alto risco, 10 leitos de pré-parto e 65 leitos de alojamento conjunto. Na neonatologia, possui 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, 12 de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e 20 de Unidade de Terapia Intensiva. É considerado um Hospital de referência estadual para os procedimentos de alta complexidade nas áreas cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, vídeo-laparoscopia, nefrologia, transplantes, facoemulsificação, gestante de alto risco, cirurgia bariátrica, litotripsia, hemodinâmica, audiometria, ressonância magnética, banco de olhos e núcleo de fígado, desenvolve, também, procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica integradas à rede do SUS. Tem como objetivos prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade em especial na Alta complexidade, de forma universalizada e igualitária harmonizada com o SUS, ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadoras e dos Departamentos que nele efetivamente atuam e aprimorar a qualidade acadêmica e científica dos profissionais, contribuindo para o fortalecimento e expansão da pós-graduação.

Nesses 23 anos, a instituição acumula títulos e certificações que reafirmam o trabalho de qualidade prestado na área da saúde como: “Hospital Amigo da Criança”, concedido pela UNICEF, “Hospital Referência para Atendimento à Gestante de Alto Risco”, “Hospital Cadastrado com UTI Neonatal” e o “Método Mãe Canguru”.

2.2 Unidade Materno Infantil

Após a apresentação em geral da estrutura hospitalar no subtítulo anterior, focamo-nos no local onde realizamos o estudo de campo que foi a Unidade Materno Infantil.

Nos últimos anos, a Unidade Materno Infantil tem avançado em busca do aperfeiçoamento, da adequação e, principalmente, da melhoria da qualidade da assistência. Para o desenvolvimento destas adaptações, a Unidade conta com profissionais especializados, instalações amplas e confortáveis. A adequação da tecnologia aos avanços da medicina faz da modernização constante dos equipamentos, a qualificação dos profissionais e a Humanização da assistência, uma preocupação sistemática da Governança.

No ano de 2009, o Hospital foi selecionado para integrar o Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) e desde 2012-2013, integra o rol das 6 maternidades candidatas e em processo de qualificação, como Centro de Apoio da Rede Cegonha para a região Nordeste. Desde então, o HUUFMA tem buscado potencializar ações de humanização que, implementadas de forma integrada, contribuam para a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido com qualidade, dentre elas o aperfeiçoamento do Enfermeiro Obstetra foco deste projeto. Especificamente, o local de realização do projeto é no Centro de Parto do HUUFMA, que fica localizado na Unidade Materno Infantil, possui 10 leitos pré-parto, parto, pós-parto (PPP), 1 sala de parto e uma sala de cuidados neonatais. Além disso, tem como porta de entrada 1 sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e 1 sala de avaliação obstétrica.

Atualmente, possui uma equipe formada por 13 Enfermeiros Obstetras. Equipe esta contratada recentemente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) da qual o HUUFMA faz parte. Além disso, a adesão do hospital à Rede Cegonha tem proporcionado a aquisição de novos materiais e equipamentos, bem como o aprimoramento de Boas Práticas no campo da Obstetrícia e Neonatologia, dentre eles a implantação da Unidade de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, capacitações permanentes e o próprio Curso de Especialização do Enfermeiro obstetra (CEEEO). Não se configura como um CPN, pois parturientes tanto de alto risco quanto de risco habitual são internadas em trabalho de parto ou para monitorização mais rigorosa. Além disso, está ligado diretamente ao Centro Cirúrgico Obstétrico e Ginecológico (CCOG), configurando-se, de forma geral, como um Centro Obstétrico (CO).

3. População-Alvo

Nesta Unidade referendada para a pesquisa, foram sujeitos 12 enfermeiros obstétricos que se encontravam diariamente desenvolvendo suas atividades no CO do Hospital Universitário Materno Infantil na assistência direta ao parto e nascimento, embora na mesma unidade hospitalar tenha um número expressivo de enfermeiros, entretanto não foram indicados por estarem trabalhando nas enfermarias, ou não serem especialistas ou se encontrar de licença do trabalho. Com isso a pesquisa não pode por si próprio estabelecer um critério de exclusão propriamente dito e sim, se enquadrar nas propostas pré estabelecidas pelos protocolos assistenciais nesta Unidade, ou seja, assistência ao parto de risco habitual é realizada por enfermeiros obstetras locados no centro de parto.. Quanto aos métodos de amostragem podemos classifica-lo como do tipo não probabilístico e quanto à técnica de amostragem esta foi de conveniência

O estudo decorreu durante o período de fevereiro de 2017 a janeiro de 2018, a coleta dos dados se deu no primeiro semestre do ano e a intervenção ocorreu no segundo período do ano de 2017.

4. Metodologias e Instrumentos de Recolha de Dados

4.1 – Fase Preparatória do Trabalho de Campo

Nesta fase preparatório da investigação foi necessário identificar os profissionais-alvo para integrarem no nosso estudo. A respectiva identificação teve como referência determinadas características que os enfermeiros obstetras possuíam, desde o grau de instrução (habilitações literárias) até determinadas competências e capacidades no terreno. Após a identificação mais formal das características pessoais e profissionais que caracterizavam o público-alvo em estudo, houve a necessidade de compreender e estudar as possíveis dificuldades/barreiras, inseguranças ou receios que poderiam estar presentes por parte dos enfermeiros obstetras quer na preparação dos casais para o parto quer no trabalho de parto e posterior desenvolvimento do mesmo. Para aferir tais informações realizamos um questionário que foi administrado pela investigadora principal

Passamos a identificar a estrutura do questionário de avaliação das práticas e comportamentos acerca da dinâmica relacionar e profissional com o período pré e pós-parto. O questionário incidiu na primeira parte com informações sociobiográficas com perguntas referentes ao sexo, idade, estado civil, ano de conclusão da especialização, quantidade de

tempo atuante como enfermeiro obstetra, se atua em outra especialidade e a escala diária de trabalho a segunda parte referente as técnicas profissionais tais como as habilidades e competências em acompanhar o trabalho de parto, sua opinião sobre como ver o trabalho de parto, sua segurança ao avaliar dilatação, apagamento e De lee, se sabe avaliar o bem-estar fetal por cardiotocografia, se tem habilidade para identificar as distócias obstétricas e utilização de medidas corretivas simples tais como: amniotomia, estimulação ocitócica, hidratação oral ou venosa, etc. conforme diretrizes de assistência ao parto, se sente capacitado para realizar as manobras iniciais para resolução da distócia de ombro, medos que se tem durante o trabalho de parto e o receio em assistir o trabalho de parto.

4.2 – Fase I do Trabalho de Campo

Para aplicarmos o questionário de campo, numa primeira fase, houve a necessidade de realizar um breve diálogo de preparação dos profissionais para participarem no estudo. Foi-lhes fornecido todas as informações para que pudessem participar no estudo de forma livre e esclarecida. A aplicação do questionário foi auto administrado. Após a devolução dos questionários foi realizado um breve tratamento da informação recolhido para posterior divulgação junto aos profissionais em referência.

Após a apresentação dos resultados principais das respostas ao questionário, permitiu que todos os enfermeiros obstetras pudessem refletir sobre as temáticas abordadas no mesmo questionário bem como delinear estratégias formativas para o futuro (propostas de intervenção de campo) que dessem resposta às dificuldades manifestas em meio hospitalar.

De entre as várias sessões de reflexão e questionamento surgiram as seguintes propostas norteadoras a serem seguidas numa II fase do trabalho de campo.

- a) O que é preciso e necessário para que o Enfermeiro Obstétrico se aperfeiçoe para a assistência no trabalho de parto?
- b) Como capacitar e desenvolver habilidades e competências para que o Enfermeiro Obstétrico consiga alcançar um trabalho efetivo junto a parturiente?

4.3 – Fase II do Trabalho de Campo

4.3.1 – *Fase de Preparação da Intervenção*

Nesta fase do trabalho de campo foi o momento onde preparamos a intervenção (plano) junto dos profissionais em estudo. O plano de ação, tal como o nome indica, descreve todas

as iniciativas que se foram idealizadas para chegar ao objetivo final. Estas ações foram criadas com base nos resultados obtidos através da fase I do trabalho de campo.

Este plano de ação foi ajustado sempre que a monitorização e as avaliações das tarefas propostas não se encontravam coerentes com a necessidade dos enfermeiros. Antes de iniciar qualquer atividade do plano de ação os enfermeiros foram alvo de sessões de formação sobre os temas que iriam ser tratados. Sempre que se sentiu necessidade, essas formações foram ministradas por enfermeiros que aceitaram participar neste projeto formativo e que se sentiam à vontade sobre as temáticas em reflexão. Foi imprescindível que todos os enfermeiros obstetras tivessem interesse em participar, de forma efetiva, no processo de aprimoramento e atuação profissional. Para o sucesso das diversas ações formativas que tinham como alvo os enfermeiros obstetras, foi de grande importância que todos eles se sentissem motivados e parte deste processo, pois se não houvesse união e colaboração na execução dos conhecimentos adquiridos, a atuação dos enfermeiros obstetras continuaria de forma fragmentada no centro de parto.

Os principais planos de ação foram: 1) Oficinas de práticas orientadas por um enfermeiro obstetra que tivesse conhecimento de determinada prática ediscussão de casos clínicos; 2) Oficinas de práticas sobre a anatomia pélvica da gestante com discussões em grupos utilizando simuladores dos diferentes estágios de dilatação da cérvix e também de suturas cranianas do recém-nascidos e suas relações anatómicas com a pelve; 3) Acompanhamento da parturiente de risco habitual juntamente com outro enfermeiro obstetra; parto (Exposição teórica com discussão das principais distócias na assistência ao parto); 4) Oficina sobre técnicas de relaxamento na assistência ao parto (respiração, movimento, massagem); 5) Oficina sobre assistência ao 3º período do parto (período expulsivo) (condução, postura, material necessário, cuidado ao recém-nascido); 6) Oficina com simulação realística da assistência ao trabalho de parto; 7) Estudo de casos com as principais distócias identificadas com o acompanhamento do partograma (fase ativa prolongada, parada secundária da dilatação, parto taquitéico, período expulsivo prolongado); 8) Estudo de casos com o acompanhamento da cardiotocografia.

4.3.2 -Parcerias, Apoio e Recursos Humanos e Técnicos

Solicitação junto ao GEPEN (Grupo de Educação Permanente de Enfermagem). de aulas teóricas práticas bem como sugestões de materiais de apoio (artigos, textos).

Foi solicitado o apoio dos médicos obstetras do centro de parto, bem como os residentes de medicina no que diz respeito ao bom desenvolvimento do plano formativo. Também recorremos ao apoio de toda a equipe de enfermeiros obstetras e assistenciais do centro de parto bem como a liderança deste setor.

4.4 – Fase III do Trabalho de Campo

4.4.1 – *Segunda fase de Intervenção*

Após as várias secções formativas e de intervenção junto da população-alvo realizou-se uma nova fase de avaliação referente às competências e conhecimentos que os profissionais em estudo adquiriram.

4.4.2 – *Acompanhamento e avaliação do projeto*

Para realizar o acompanhamento e avaliação do projeto, foram produzidos relatórios mensais sobre os indicadores de parto de risco habitual assistenciados pelo Enfermeiro Obstetra, foi realizado um questionário logo após as intervenções.

Além disso, foram realizadas rodas de conversar mensais com os enfermeiros obstetras para que fossem discutidas situações referentes às práticas adquiridas, bem como reuniões bimestrais para avaliação da inserção da Enfermagem Obstétrica junto aos demais membros da equipe.

5. Estratégias Analíticas para Análise de Dados

A análise estatística dos resultados foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics (versão 25).

No que diz respeito à estatística descritiva aplicamos medidas de tendência central, dispersão e análise de frequências absolutas e relativas. Como medidas gráficas descritivas utilizou-se diagramas de setores, gráficos de barras e histogramas.

Para a inferência estatística, no que diz respeito à comparação de grupos emparelhados (com 2 amostras), recorremos aos testes estatísticos T de Wilcoxon, McNemar (com distribuição binomial) e Qui-quadrado da Independência.

Por fim, no que diz respeito à decisão, tivemos em conta um nível de confiança de 95% para um erro aleatório inferior ou igual a 5%.

Podemos, no entanto, escalonar os níveis de significância para melhor compreendermos quando estamos na presença de diferenças/associações estatisticamente significativas: para valor de $p\text{-value} \leq 0,05$ assumiu-se para uma probabilidade inferior ou igual a 5% de que as diferenças/associações eram estatisticamente significativas. Para valores de $p\text{-value} < 0,01$ assumiu-se que as diferenças/associações eram altamente significativas. Para valores de $p\text{-value} < 0,001$ revelaram diferenças/ associações muito altamente significativas.

Capítulo II

Análise Empírica dos Resultados

1. Caracterização da População-Alvo

Para a caracterização geral do grupo dos enfermeiros do CO, a pesquisa buscou identificar o sexo, a faixa etária e os aspectos relativos ao estado civil. No CO temos apenas um enfermeiro do sexo masculino, corroborando com o perfil da profissão da enfermagem, considerada ainda como feminina, apesar de haver um crescimento de profissionais do sexo masculino. A essencialidade deste cenário profissional ainda é reflexo das relações de gênero, por um lado estabelecido pela intimidade e privacidade de mulheres em terem filhos com mulheres, por outro lado, norteadas pela divisão sexual do trabalho, onde as mulheres exercem com maior aptidão a arte do cuidado e com peculiaridade aquilo que lhe é tão próximo: a maternidade. Para tanto o mercado não as conhece como produtoras de conhecimento técnico formalizado e instrumentalizado e sim as admite com uma força de trabalho secundário, que nada mais é uma extensão de sua vida privada na esfera pública.

Face ao exposto, o pré-teste foi aplicado com o objetivo de conhecer as competências e habilidades, bem como as fragilidades de cada integrante do CO.

1.1 Caracterização Sociobiográfica dos Profissionais de Saúde

Procuramos, em seguida descrever como se caracteriza a distribuição de número de profissionais de saúde no estudo quanto ao ano de conclusão da especialização em obstetrícia. Vejamos o gráfico seguinte:



Gráfico 1: Descrição do número de enfermeiros por ano de conclusão da formação em obstetrícia

Segundo o gráfico anterior 20% das nossas enfermeiras (n=3) tinha terminado a sua formação no ano de 2002 e 13,3% em 2007. Nos restantes anos em análise (2000 até 2015) formou-se uma enfermeira por cada ano no exercício profissional na instituição em estudo.

No que diz respeito ao número de anos de atuação dos nossos profissionais na área da obstetrícia vejamos o gráfico seguinte:

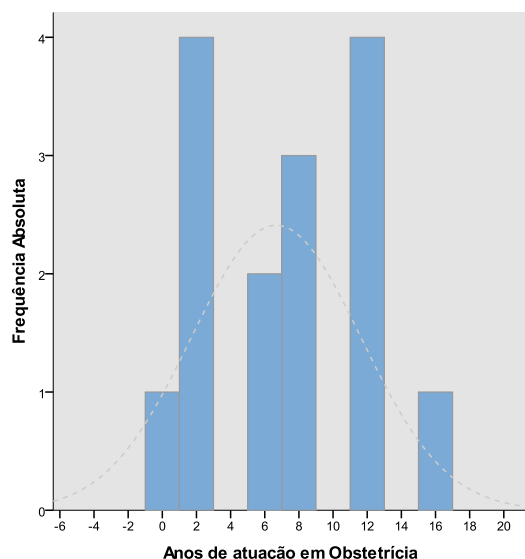


Gráfico 2: Descrição do número de anos em exercício profissional no âmbito da obstetrícia

Segundo o gráfico 2, dos 12 profissionais de saúde em estudo, a média de anos de atuação em foi de 6,67 anos (Desvio Padrão = 4,97 anos). A maioria dos enfermeiros obstetras possuem dificuldades em sua atuação profissional, isso pode ser explicado pelo fato de estarem há pouco tempo atuando na obstetrícia e consequentemente terem pouca experiência, alguns apesar de tempo de especialização são contratados não como enfermeiros obstetras e sim como assistencial.

Distribuindo os nossos profissionais por grupos de idades verificou-se que 50% destes encontravam entre os 30 e os 34 anos de idade seguido de um grupo entre os 25 e os 29 anos (25%). Porém, registrou-se só um enfermeiro com idade igual ou superior a 40 anos. No que diz respeito ao estado civil, 70% dos nossos profissionais eram casados ou viviam em união de facto (n= 6), 30% eram solteiros. Quando procuramos compreender se o profissional de saúde também exercia outra atividade (especialidade) para além da obstetrícia, verificamos que dos 12 profissionais que responderam a esta pergunta 61,54% (n=8) indicaram exercer outra especialidade ao mesmo tempo. A justificação desta realidade está associada à “falta de oportunidade” na área para além de outros argumentos. A dificuldade de obstetrites e enfermeiras obstétricas se manterem na área da especialidade (obstetrícia) pode ter como causa uma identidade profissional híbrida, que favorece o acúmulo ou desvio de função no exercício profissional, com o deslocamento do enfermeiro obstetra da assistência no pré-natal e no parto para outras áreas da enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho, frustração, desmotivação, conformismo e submissão (Riesco, 2012).

1.2 Competências e Habilidades do Profissional de Saúde do Centro Obstétrico.

Também procuramos compreender, numa escala de 0 a 10 pontos, a capacidade que cada enfermeiro apresentava para assistir e desenvolver as práticas e habilidades durante o trabalho de parto. Vejamos o gráfico seguinte:

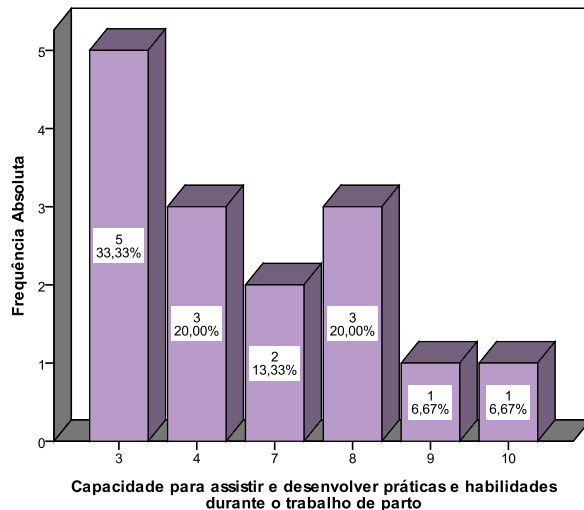


Gráfico 3: Descrição do índice de capacidade para desenvolver práticas e habilidades pelos enfermeiros obstetras

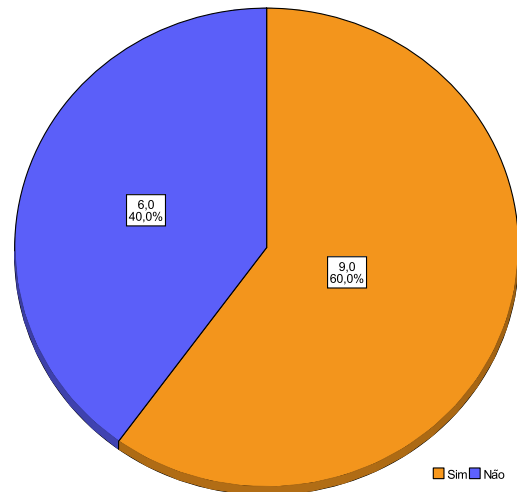


Gráfico 4: Descrição das respostas quanto à classificação do trabalho de parto pelos enfermeiros obstetras.

Como podemos constatar no gráfico anterior (3), 53,3% (escala 3 e 4) demonstraram uma menor capacidade para assistir e desenvolver práticas durante o trabalho de parto e só 6,67% (n=1) é que demonstrou total disponibilidade para o mesmo objetivo. Os restantes profissionais posicionaram nas classificações do 7 e 9. Também podemos indicar que em média, a capacidade para assistir e desenvolver práticas durante o trabalho de parto, na escala em avaliação foi de 5,60 para um desvio padrão de 2,59. Neste mesmo âmbito também procuramos conhecer junto dos profissionais de saúde em estudo como classificavam o trabalho de parto. Segundo o gráfico 4, 60% dos nossos participantes indicaram que durante o trabalho de parto era classificado como um evento “inesperado”, pouco “preciso” e algumas das vezes até “perigoso”. Viemos posteriormente a questionar se durante o acompanhamento do parto, o profissional de saúde sentiria segurança para avaliar quer a “dilatação” quer o “apagamento”, verificamos que dos 12 participantes que responderam, 50% destes manifestaram positivamente essa mesma segurança. No que diz respeito à segurança como o enfermeiro assumia no momento da avaliação do “plano De-lee”, só 41,7% é que indicou sentir-se seguro para o fazer. No âmbito da avaliação do bem-estar fetal e a identificação de distócias obstétricas vejamos a frequência de respostas com recurso aos gráficos seguintes:

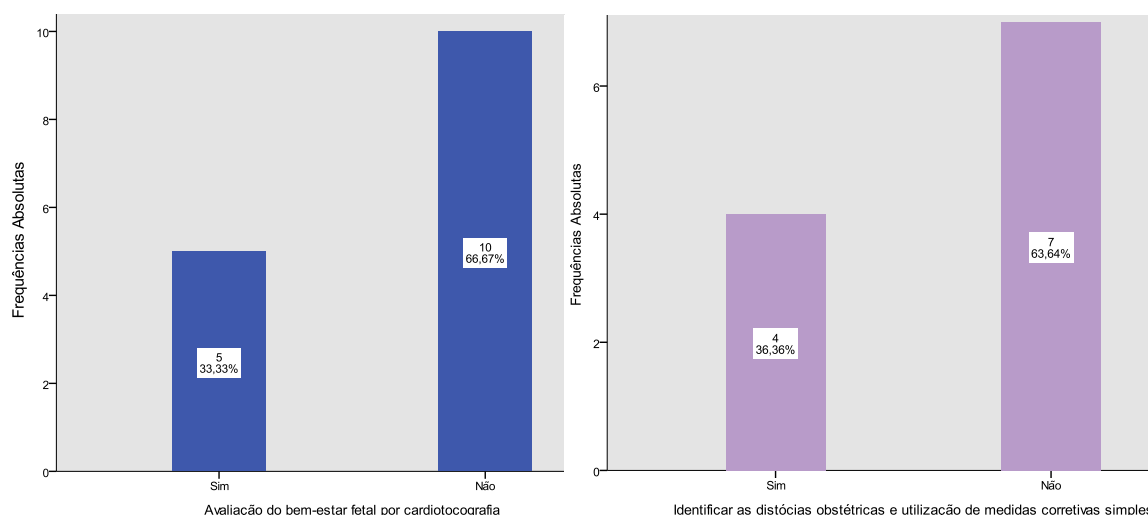


Gráfico 5 e 6: Descrição das respostas quanto à capacidade quer da avaliação do bem-estar fetal quer na identificação das distócias

Segundo os gráficos de barras anteriormente apresentados, constatamos que 66,7% dos nossos profissionais de saúde indicaram não ter capacidade para uma avaliação do bem-estar fetal por cardiotocografia. Proporção semelhante de incapacidade por parte dos profissionais de saúde quanto à identificação de distócias obstétricas bem como na aplicação de medidas corretivas tais como amniotomia, estimulação ocitócica, hidratação oral ou venosa, etc. conforme diretrizes de assistência ao parto (63,64%).

Propusemos de seguida compreender se os nossos enfermeiros em estudo manifestavam a capacidade para a realização de manobras iniciais para a resolução da distócia de ombro. Vejamos o gráfico de setores seguinte:

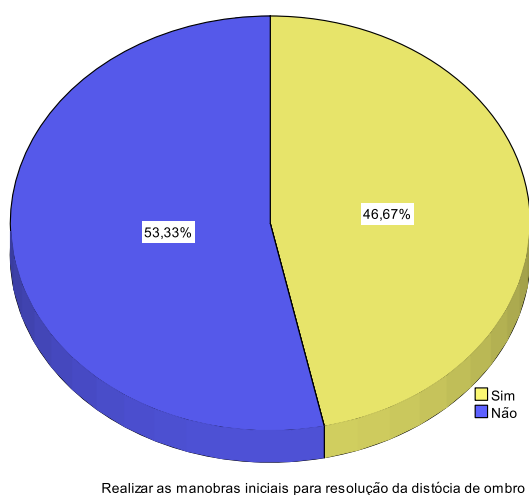


Gráfico 7: Descrição das respostas quanto à capacidade para a resolução da distócia.

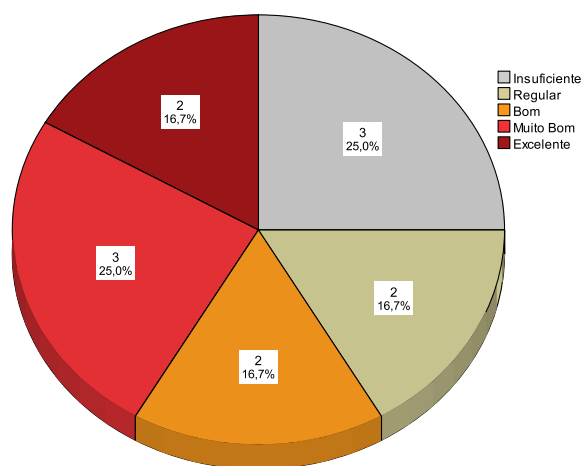


Gráfico 8: Descrição das respostas quanto ao conhecimento da dinâmica e processo de parto.

Segundo os resultados obtidos na resposta a informação solicitada anteriormente, constatamos que 53,3% (n=8) dos profissionais não manifestaram essa capacidade de resolução de distócia. Quando foi questionado aos profissionais de saúde quanto à

difficuldade de identificar determinadas distócias ou intercorrências durante o trabalho de parto, a resposta mais frequente foi ao nível da “Posição anômala ou assinclitismo e demora no período expulsivo” e ainda “Posição anômala enecessidade de realizar episiotomia”.

Houve, de seguida, a necessidade de avaliar a percepção que os nossos profissionais de saúde assumiam relativamente ao conhecimento que tinham sobre a dinâmica e processo de parto. As respostas poderiam variar entre o “insuficiente” e o “excelente” conhecimento. Segundo o gráfico 8, das 12 respostas que obtivemos referentes à pergunta anteriormente apresentada 25% considerou o seu nível de conhecimento “insuficiente” em relação à dinâmica e processo do parto. No entanto, 41,7% dos nossos profissionais manifestaram um conhecimento “muito bom” a “excelente”. Quando avaliamos a percepção dos nossos enfermeiros quanto à importância da necessidade de realizar treinos preparatórios para o parto, dos 12 profissionais que responderam, 83,33% considerou esses mesmos treinos de preparação “extremamente importante”.

Perante a necessidade do profissional de saúde ter que intervir no parto, procuramos conhecer se esses profissionais tinham receio de assistir/intervir nesse mesmo momento, viemos a constatar que só 26,7% indicou não ter qualquer problema (receio). No entanto, os restantes referiram que durante esse período ficavam receosos em ter que intervir e não ter experiência como no caso de realizar uma episiotomia, outros demonstraram insegurança quanto a dinâmica do trabalho de parto, o acompanhamento pelo partograma e também o receio da não saber identificar uma distócia e a insegurança de ficar sozinho sem outro profissional mais experiente ao lado. No entanto alguns relataram que o serviço burocrático exigido pelo setor atrapalhava bastante deixando assistência à paciente prejudicada. Os enfermeiros mais experientes queixaram-se da falta de continuidade da assistência ao acompanhar o trabalho de parto por parte de alguns colegas. Ainda houve a queixa por parte destes profissionais a falta de apoio pelos residentes, equipe médica e da instituição. Alguns enfermeiros relataram que estavam em plena evolução, é importante frisar que a participação profissional do enfermeiro na obstetrícia é necessária por propiciar compartilhamento das ações entre os profissionais atuantes na área. O trabalho em equipe, na área da saúde, envolve relações complexas de interação entre diversos profissionais e é o principal mecanismo para melhorar a assistência prestada, pois possibilita a associação de diferentes potenciais pessoais que se agregam em busca de objetivos comuns (Júnior, Makuch, Osis, &Barros, 2015). Outros enfermeiros justificaram a falta de segurança devido ao pouco tempo atuando na área.

2. Competências e Habilidades do Profissional de Saúde Após Intervenção.

Depois de realizarmos o diagnóstico das competências e habilidades na primeira fase do nosso trabalho de campo, realizaram-se posteriormente determinadas atividades e ações promotoras junto dos profissionais de saúde (equipe de obstetrícia) no sentido de darem resposta a algumas dificuldades manifestadas inicialmente quer na prática clínica quer na relação entre o profissional e o paciente. Após as mesmas ações e atividades formativas procuramos compreender se as referidas práticas clínicas e conhecimentos teriam sofrido uma alteração ou melhoria face ao primeiro momento de diagnóstico (avaliação).

O primeiro indicador que tivemos em atenção foi a capacidade do enfermeiro obstetra para assistir e desenvolver as práticas e habilidades durante o trabalho de parto. Este indicador tinha como escala de resposta a escolha de um determinado valor que variava entre zero “0” e dez “10”. Quanto mais alto o valor que o profissional indicava maior era a capacidade do enfermeiro perante o trabalho de parto. O quadro seguinte apresenta o mesmo indicador em dois momentos distintos (antes e após a formação/intervenção). Vejamos os resultados apresentados:

Quadro I: Avaliação da capacidade para assistir e desenvolver as práticas e habilidades no momento do parto.

N= 12	Média	Desvio Padrão	Estatística de Teste
Diagnóstico da capacidade para assistir e desenvolver as práticas e habilidades durante o trabalho de parto	5,83	2,588	Z=2,071 p-value = 0,038
Avaliação pós intervenção da capacidade para assistir e desenvolver as práticas e habilidades durante o trabalho de parto	7,42	1,832	

Teste: T de Wilcoxon (Z = Estatística de teste estandardizada)

Segundo os resultados médios avaliados entre os dois momentos temporais, podemos constatar, de forma significativa ($p\text{-value} < 0,05$), que os enfermeiros em estudo apresentaram, em média, uma melhoria na capacidade para assistirem e desenvolverem práticas e habilidades durante o trabalho de parto. Este ganho médio pontual também traduziu-se no número de profissionais que melhoraram neste indicador e que foram 75% dos 12 profissionais em avaliação. No entanto, constatamos que 8,33% ($n=1$) mantiveram a sua capacidade, isto é, não alteraram as suas capacidades face ao que já realizavam inicialmente antes da formação. É imprescindível, para assistir uma mulher em trabalho de parto, ter conhecimento científico e habilidades das práticas que se demonstrem benéficas, as quais constituem o monitoramento cuidadoso do trabalho de parto e parto por meio do uso do partograma, a ausculta intermitente dos batimentos fetais e o encaminhamento da mãe e seu recém-nascido em um nível mais complexo, caso surjam fatores de risco e

complicações. Estas habilidades conduzem o enfermeiro a um raciocínio clínico e consequentemente, à tomada de decisão sobre condutas a adotar (Versiani, Barbieri, Gabrielloni & Fustinoni, 2015).

Procuramos de seguida avaliar se existiu uma alteração da percepção que o profissional de saúde apresentava, após a formação, no que diz respeito ao trabalho de parto quando considerava que este era classificado como “inesperado, pouco preciso e às vezes perigoso”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro2: Avaliação da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à forma de classificar o parto.

			Após a formação – o trabalho de parto é...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - o trabalho de parto é...	Sim	n % coluna	6 54,5%	1 100,0%	7 58,3%
	Não	n % coluna	5 45,5%	0 0,0%	5 41,7%
Total		n % coluna	11 100,0%	1 100,0%	12 100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,031)

Segundo os resultados expressos no quadro anterior, podemos confirmar que se registou uma alteração estatisticamente significativa entre o momento antes para o após a formação no que diz respeito à forma como os enfermeiros classificavam o trabalho de parto ($p\text{-value} < 0,05$). Podemos concluir que dos 11 profissionais que após a formação indicaram não encarar o trabalho de parto como inesperado, pouco preciso e com algum risco, 54,5% destes inicialmente classificavam-no como tal. Podemos ainda acrescentar que a totalidade dos profissionais de saúde que no início consideravam o trabalho de parto como inesperado, pouco preciso e com algum risco (58,3%), após a formação só se registou um profissional que ainda manteve esta posição (8,33%). Dos dozes enfermeiros do CO, apenas um não conseguiu ainda compreender o processo fisiológico da parturição e compreender que ao desenvolver as habilidades e competências para acompanhar o trabalho de parto, essas lhe servirão de parâmetro de segurança na assistência à parturiente. Ao justificar a resposta do porquê de considerarem perigoso, a razão estará associada à vitalidade fetal.

De seguida procuramos avaliar se a formações/atividades realizadas junto dos profissionais em referência teriam permitido aumentar a percepção de “segurança na avaliação da dilatação durante o trabalho de parto”.

Vejamos o quadro seguinte:

Quadro3: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na avaliação da dilatação durante o parto.

			Após a formação - Segurança a avaliar...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - Segurança a avaliar...	Sim	n	0	6	6
		% coluna	0,0%	60,0%	50,0%
	Não	n	2	4	6
		% coluna	100,0%	40,0%	50,0%
Total		n	2	10	12
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,125)

Como podemos constatar, não se observou uma alteração significativa da percepção de segurança na avaliação da dilatação no acompanhamento do parto (p-value>0,05). Todos os profissionais que inicialmente indicaram não terem segurança na avaliação (50%; n = 6), só 66,7% destes é que alteraram de posição, isto é, passaram a ter segurança no ato em análise. No entanto, não podemos deixar de referir que, após a intervenção da equipa formadora ainda se registaram dois profissionais de saúde (16,7%) que indicaram não ter segurança face ao ato em avaliação.

À semelhança da análise anterior também fomos procurar avaliar o efeito das intervenções formativas junto dos profissionais de saúde tiveram no que diz respeito à “segurança na avaliação do apagamento no trabalho de parto”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro4: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na avaliação do apagamento durante o parto.

			Após a formação - Segurança a avaliar...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - Segurança a avaliar...	Sim	n	0	6	6
		% coluna	0,0%	100,0%	50,0%
	Não	n	6	0	6
		% coluna	100,0%	0,0%	50,0%
Total		n	6	6	12
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,999)

As medidas intervencionistas/formativas junto dos profissionais de obstetrícia não revelaram qualquer alteração da percepção de segurança na avaliação do apagamento (p-value>0,05). Dos enfermeiros que inicialmente indicaram não ter segurança na avaliação do fenómeno em análise mantiveram todos a mesma percepção após as formações.

Também quisemos avaliar o impacto das medidas formativas desenvolvidas junto dos enfermeiros obstetras quanto à forma como estes sentiam ou não “segurança na execução do plano De-Lee. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro5: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à segurança na execução do plano De-Lee durante o parto.

			Após a formação - Segurança a avaliar...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - Segurança a avaliar...	Sim	n	0	5	5
		% coluna	0,0%	50,0%	41,7%
	Não	n	2	5	7
		% coluna	100,0%	50,0%	58,3%
Total		n	2	10	12
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,063)

Segundo os resultados expressos no quadro anterior, as medidas formativas realizadas junto dos nossos enfermeiros, no que diz respeito à segurança na execução do plano De-Lee, não revelaram um efeito de mudança significativo ($p\text{-value} < 0,05$). No entanto, podemos afirmar que do total de profissionais que antes da formação indicaram não terem segurança para a execução do referido plano ($n = 7$; 58,3%), 71,43% destes, após a formação, já manifestavam uma maior segurança para o fazer. O “plano de Delee” nos indicam a relação entre a apresentação fetal e uma linha imaginária traçada entre as duas espinhas isquiáticas maternas (Lowdermilk& Perry 2008). É necessário, portanto, muita perícia e prática para se conseguir identificar as estruturas pélvicas envolventes. É preciso adquirir conhecimentos práticos para uma correta avaliação.

No que diz respeito à vigilância do “bem-estar fetal por cardiotocografia”, vejamos o quadro seguinte com a avaliação antes e após as medidas formativas.

Quadro6: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à capacidade na avaliação do bem-estar fetal por cardiotocografia.

			Após a formação - Bem-estar Fetal...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - Bem-estar Fetal ...	Sim	n	1	5	6
		% coluna	33,3%	55,6%	50,0%
	Não	n	2	4	6
		% coluna	66,7%	44,4%	50,0%
Total		n	3	9	12
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,375)

Como podemos constatar, 50% dos nossos enfermeiros antes da intervenção formativa tinham indicado não terem capacidade de identificar por cardiotocografia o bem-estar da criança. Após as ações formativas 75% ($n=9$) passaram a manifestar terem condições de avaliar o bem-estar fetal. Destes 9 enfermeiros que indicaram esta condição, 44,4% ($n=4$) inicialmente não sabiam fazer a referida avaliação. No entanto, esta mudança de conhecimento/prática não foi estatisticamente significativa ($p\text{-value} > 0,05$).

Observa-se na avaliação fetal por cardiotocografia que ainda há necessidade de treinamentos posteriores para os enfermeiros, pois ainda 33% desses não têm segurança em avaliar. Se faz necessário um treinamento urgente destes enfermeiros, já que a interpretação de uma cardiotocografia é muitas vezes imprescindível e urgente para uma tomada de decisão. No âmbito da capacidade/habilidade, por parte dos enfermeiros obstetras, para identificar “distócias e a aplicação de medidas corretivas”, vejamos o quadro seguinte onde resume essa mesma informação.

Quadro7: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à capacidade na identificação de distócias obstetras.

			Após a formação - identificar distócias...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - identificar distócias...	Sim	n % coluna	0 0,0%	4 44,4%	4 36,4%
	Não	n % coluna	2 100,0%	5 55,6%	7 63,6%
Total		n % coluna	2 100,0%	9 100,0%	11 100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,063)

Não se registrou uma alteração das capacidades/habilidades para identificar distócias obstétricas entre os dois momentos temporais em avaliação (p-value>0,05). Porém, dos 9 (81,8%) enfermeiros que indicaram ter capacidade para identificar distócias, 55,6% destes inicialmente indicaram não ter essa mesma capacidade. No entanto, 18,2% dos profissionais de saúde, mesmo após as medidas formativas, mantêm ainda a incapacidade para fazer corretamente um diagnóstico de distócias obstétricas.

Procuramos, de seguida, compreender o impacto que as medidas de formação realizadas pela equipa poderiam ter efeito na habilidade dos enfermeiros para realizar “manobras iniciais de resolução de distócias do ombro”. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro8: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto à habilidade a realizar manobras de resolução de distócias do ombro.

			Após a formação - Resolução de distócias...		Total
			Não	Sim	
Antes da formação - Resolução de distócias...	Sim	n % coluna	0 0,0%	6 75,0%	6 50,0%
	Não	n % coluna	4 100,0%	2 25,0%	6 50,0%
Total		n % coluna	4 100,0%	8 100,0%	12 100,0%

Teste: McNemarcom distribuição Binomial (p-value = 0,500)

Como podemos constatar, segundo a estatística do teste, não se registou uma alteração da capacidade dos enfermeiros obstetras após a formação (p-value>0,05). Do total de profissionais de saúde que inicialmente (antes da formação) indicaram não ter a capacidade

para realizar manobras iniciais para a resolução da distócia (n=6), só 25% (n=2) destes é que adquiriram essa mesma capacidade para o fazer após a intervenção da equipe formativa. Também procuramos que os enfermeiros obstetras pudessem indicar uma ou mais dificuldades, caso as tivessem, na “identificação de distócias ou intercorrências durante o trabalho de parto” e se as mesmas se alteravam ou não entre os dois momentos temporais de avaliação. Vejamos o quadro seguinte:

Quadro09: Estudo da alteração da percepção do enfermeiro obstetra quanto às dificuldades na identificação de distócias ou intercorrências.

			Formação		Total
			Antes da Formação	Após a Formação	
Distócias/intercorrências durante o trabalho de parto	Parada de progressão	n	4	2	6
		% linha	66,7%	33,3%	100,0%
		% coluna	12,9%	13,3%	13,0%
	Posição anômala/assinclitismo no nascimento	n	12	11	23
		% linha	52,2%	47,8%	100,0%
		% coluna	38,7%	73,3%	50,0%
	Demora no período expulsivo	n	8	1	9
		% linha	88,9%	11,1%	100,0%
		% coluna	25,8%	6,7%	19,6%
	Necessidade de episiotomia	n	7	1	8
		% linha	87,5%	12,5%	100,0%
		% coluna	22,6%	6,7%	17,4%
Total		n	31	15	46
		% linha	67,4%	32,6%	100,0%
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Teste: Qui-quadrado da Independência = 5,790; gl = 3; p-value = 0,122; EffectSize = 0,355 (Phi)

Segundo os resultados apresentados anteriormente não se registaram diferenças significativas de alteração das dificuldades na identificação de distócias ou intercorrências durante o trabalho de parto (p-value>0,05). No entanto, não podemos deixar de referir que os episódios “demora no período expulsivo” e “necessidade de episiotomia” foram os menos referidos (11,1% e 12,5%) enquanto dificuldades na identificação de distócias ou intercorrências. O mesmo já não se pode dizer no que diz respeito à “Posição anômala/assinclitismo no nascimento” (47,8%).

É evidente que o trabalho de parto distócico não é diagnóstico, mas sim sinal de anormalidade cuja causa deve ser procurada antes de instituir o tratamento adequado. A identificação das distócias é feita pela observação da curva de dilatação cervical e da descida da apresentação expressas no partograma, podemos observar que no pós teste apenas dois enfermeiros continuam tendo dificuldades em identificar parada de progressão, isso se explica por nesse período do projeto não terem ficado na assistência ao trabalho de parto, portanto não houve o acompanhamento por parte desses com o partograma apesar de terem recebido treinamento. A Posição anômala ou assinclitismo no período expulsivo é uma

difficuldade encontrada por 99% dos enfermeiros do CO. Infelizmente o assinclitismo é pouco abordado nos estudos de obstetrícia, tornando este tema um desafio que precisa ser reconhecido na prática obstétrica pela enfermeira que presta cuidados na sala de parto, aprendendo a identificar o assinclitismo o mais rápido possível, monitorizando-o e reconhecendo sua correção ou não.

Foi também relevante avaliar o grau conhecimento que os profissionais de saúde em estudo apresentavam em relação à "dinâmica e processo do parto, apresentado pelo partograma". Este indicador tinha como escala de resposta a escolha de um determinado tipo: "insuficiente", "regular", "bom", "muito bom" e "excelente". O valor atribuído à escala de resposta variou entre "1" e "5". Quanto mais alto o valor que o profissional indicava maior era o grau de conhecimento que o enfermeiro considerava perante o trabalho de parto. O quadro seguinte apresenta o mesmo indicador em dois momentos distintos (antes e após a formação/intervenção). Vejamos os resultados apresentados:

Quadro10: Estudo da alteração do conhecimento do enfermeiro obstetra em relação à dinâmica e processo do parto.

N= 12	Média	Desvio Padrão	Estatística de Teste
Diagnóstico de conhecimento em relação à dinâmica e processo do parto, apresentado pelo Partograma	2,92	1,505	Z=-2,165 p-value = 0,030
Avaliação pós intervenção de conhecimento em relação à dinâmica e processo do parto, apresentado pelo Partograma	3,58	1,506	

Teste: T de Wilcoxon (Z = Estatística de teste estandardizada)

Como pudemos constatar, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos temporais em análise no que diz respeito ao grau de conhecimentos sobre dinâmica e processo do parto, apresentado pelo partograma ($p\text{-value} < 0,05$). Segundo os resultados médios, verificou-se um aumento significativo do grau de conhecimento sobre a dinâmica e processo do parto após a intervenção da equipe com as formações direcionadas para o mesmo âmbito. Também podemos ainda acrescentar que 63,6% dos profissionais aumentaram o seu grau de conhecimento, enquanto 27,3% mantiveram a mesma condição de informação entre os dois períodos de avaliação temporal. Observamos no Pós-teste um importante crescimento quanto ao conhecimento da importância do partograma, somente dois enfermeiros ainda não percebem a importância desse instrumento para o acompanhamento do trabalho de parto.

Por último, procuramos compreender de que forma os profissionais de saúde consideravam o "treino para alcançar os objetivos na assistência ao parto". O quadro seguinte apresenta as respostas sobre a importância do treino em dois momentos distintos (antes e após a formação/intervenção). Vejamos os resultados apresentados:

Quadro 11: Avaliação da importância do treino para alcançar os objetivos na assistência ao parto.

		Após a formação			Total
		Extremamente importante	Muito importante	Importante	
Antes da formação	Importante	n	0	1	0
		% linha	0,0%	100,0%	0,0%
		% coluna	0,0%	20,0%	0,0%
	Muito importante	n	1	0	0
		% linha	100,0%	0,0%	0,0%
		% coluna	20,0%	0,0%	0,0%
	Extremamente importante	n	4	4	1
		% linha	44,4%	44,4%	11,1%
		% coluna	80,0%	80,0%	100,0%
Total		n	5	5	1
		% linha	45,5%	45,5%	9,1%
		% coluna	100,0%	100,0%	100,0%

Segundo o quadro anterior, de um total de participantes em estudo (n=11), constatamos que, antes das medidas formativas, o treino para alcançar os objetivos na assistência ao parto foi classificado pela esmagadora maioria como “extremamente importante” (81,8%). Após a formação a tendência de respostas recaiu entre “extremamente importante” (45,5%) e “muito importante” (45,5%). Percebe-se que os profissionais que atuam no CO do HUUFMA têm ciência da necessidade de atualizações a fim de desenvolver suas habilidades conforme a assistência prestada, pois a atenção qualificada na assistência materno-neonatal realizada por profissionais habilitados está diretamente atrelada ao cuidado prestado à mulher desde o período gestacional, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido independentemente do local onde o parto é assistido.

3. Indicadores oficiais do Centro Obstétrico.

O uso de indicadores tem sido um recurso utilizado no CO do Hospital Materno Infantil para se verificar dentre outros objetivos as metas alcançadas. Essa ferramenta tem sido aplicada mensalmente para mensurar atividades referentes à assistência ao parto bem como servido de instrumento para gestão local. Tem-se registrado em planilhas a cada parto alguns itens tais como: se a parturiente estava acompanhada; se foi ofertado alimentos; se foram usados métodos não farmacológicos para alívio da dor; se o parto foi realizado pelo enfermeiro obstetra e no final do mês e exposto no mural para todos os funcionários apreciarem. Ao se observar a imagem abaixo compreendemos que durante a intervenção houve um aumento dos partos de risco habitual realizados pelo enfermeiro obstetra.

Durante a intervenção os profissionais foram compreendendo através das atividades que o trabalho de parto e parto humanizado compõe um conjunto de medidas assistenciais e de comportamento diferenciados em busca pelo bem-estar da mulher durante o processo de parturição, colocando-a como protagonista da situação, respeitando seus desejos e preferências. Os profissionais participantes do projeto definiram a humanização da assistência no trabalho de parto e nascimento seguindo as diretrizes defendidas pelo MS. Contribuindo assim para uma maior assistência de trabalho de parto, pois a medida que iam desenvolvendo suas competências e habilidades sentiam-se seguros para acompanhar a parturiente. Um outro indicador usado no CO é o comparativo entre os partos normais e os partos cesáreos mensalmente como podemos observar no Apêndice I. A mesma figura demonstra uma diminuição dos partos com recursos a cesariana no período da intervenção. O apoio contínuo intraparto é uma ferramenta preciosa que está ao alcance da equipe de profissionais que assistem a parturiente, em especial, é um recurso da enfermagem, que quando empregado, minimiza vários aspectos que são danosos à mulher nesse período que exige mais empenho. Esse suporte é um recurso não medicamentoso para controle da dor do parto e segundo Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala (2011) é capaz de reduzir em cerca de 17% a necessidade de qualquer tipo de analgesia e em 28% a necessidade de cesariana. É importante ressaltar que a imagem do gráfico afirma que realmente o enfermeiro obstetra, ao adquirir determinadas competências e habilidades, pode contribuir para a redução da ocorrência de distócias, sofrimento fetal e complicações pós-parto e consequentemente redução das cesáreas.

Capítulo III

Análise Reflexiva da Prática Clínica

1. A Importância do Enfermeiro Obstetra em meio hospitalar

A formação da enfermeira obstetra envolve habilidades e competências que possibilitam a prestação de um cuidado integral, respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno infantil (Amorim & Rosa, 2011). O investimento na formação desses profissionais especializados busca retratar a experiência bem-sucedida de países industrializados, onde profissionais não-médicos são os provedores de saúde primários de mulheres saudáveis durante o parto (Almeida, Medeiros & Sousa, 2012). Logo, a atuação da enfermeira obstetra é estratégica, tendo papel fundamental na qualificação dos serviços de saúde e na assistência a mulher no processo parturitivo, contribuindo para a melhoria da saúde materna e consequentemente na conquista de um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio que é a redução da mortalidade materno infantil.

Castro e Clapis (2005), afirmam que o enfermeiro obstétrico tem um papel de máxima relevância no que tange à humanização do parto, considerando-se que este profissional apresenta os conhecimentos técnicos necessários para a adequada condução do trabalho de parto e, assim, se for adequadamente preparado, recebendo as instruções e esclarecimentos sobre a humanização e seu significado durante um momento tão delicado quanto o nascimento, poderá representar a diferença entre um parto permeado de dor, sofrimento e trauma e um parto agradável, tranquilo e realizado conforme as demandas e características da parturiente.

O presente trabalho traçou como objetivo geral, identificar deficiências e dificuldades relacionadas a competências e habilidades dos Enfermeiros Obstetras para desenvolvimento destas nas assistências ao trabalho de parto. Como se pode constatar os resultados ultrapassaram as expectativas. Através do aperfeiçoamento de técnicas, foi observado uma maior autonomia nas ações e nas tomadas de decisões dos enfermeiros obstetras face às situações concretas. Considerando que o conhecimento é algo que se vai atingido gradualmente, que constitui uma fonte inesgotável pelo fato de ser uma realidade em desenvolvimento permanente, esse projeto muito contribuiu para a percepção das necessidades de crescimento, fato que incentivou o desejo de apropriação de novos conhecimentos. Paralelo ao aprimoramento de habilidades destes profissionais,

compreendeu-se o empenho destes em prol da humanização do cuidado e do empoderamento das mulheres em relação ao seu corpo, utilizando as atividades educativas como uma ferramenta para promover a ressignificação do parto, resgatando a parturição como um processo fisiológico, utilizando meios naturais na evolução do trabalho de parto e parto.

Os dois seguintes objetivos que foram: aperfeiçoar o conhecimento dos enfermeiros obstetras acerca das práticas e habilidade e empoderar o enfermeiro obstetra com conhecimentos teórico-práticos; consideram-se cumpridos. Efetivamente, o universo das experiências superou as expectativas iniciais, assim como a forma como estas foram sendo proporcionadas no contexto da intervenção. Efetivamente, a ajuda mútua foi um ponto forte a realçar, pois ele foi responsável pelo conforto para colocar as dificuldades a profissionais mais experientes em Obstetrícia, sem qualquer constrangimento. Os participantes sempre ultrapassaram as dificuldades da melhor maneira possível, recorrendo ao preceptor (no caso um enfermeiro que dominasse o assunto) sem qualquer retração ou hesitação. Diante das orientações dadas e das situações concretas de intervenção pessoal, foi-se evoluindo para um melhor desempenho, tornando-se a maioria cada vez mais autônomos e motivados no processo de aprendizagem e de mobilização de conhecimentos. Para que houvesse evolução, foi fundamental empenho, motivação, reflexão crítica continuada e dedicação. Esta intervenção foi de grande valia e motivadora não só para os enfermeiros obstétricos mas também para os residentes de enfermagem e os enfermeiros assistenciais porque refletiram a conscientização, destes profissionais da necessidade de se obter um conhecimento específico junto a cada parturiente que estava sendo acompanhada tornando-os seguros nas suas tarefas laborais. Por outro lado algumas limitações para realização deste projeto foram observadas tais como a disponibilidade de horários de alguns para participar nas atividades; foi constatado através dos pós-testes que dois profissionais continuaram com a mesma postura após as intervenções apresentando oposição e mal aceitação nas mudanças propostas.

Essa resistência é explicada por serem funcionárias já antigas na instituição acomodadas com a rotina diária e com receios de saírem de suas áreas de conforto. Acreditamos que por se tratar de uma minoria que se apresentaram inflexíveis as mudanças estão ocorrendo dia-a-dia, esses profissionais sentirão a necessidade de se adequar ao novo modelo de assistência à mulher no trabalho de parto. Outro objetivo que também foi alcançado seria possibilitar transformações na abordagem assistencial do enfermeiro às parturientes. Pode-se observar um aumento dos partos de risco habitual realizados pelo

enfermeiros obstetra concomitantemente uma diminuição dos partos cesáreos nesse período conforme demonstra as planilhas mensais do CO.

2. Considerações Finais e Propostas Futuras

Este projeto de intervenção apontou significativas conquistas relacionadas com a inserção do enfermeiro no trabalho de parto. Compreendeu-se durante esta intervenção que se registaram ganhos que se traduziram num aumento 47% dos números de partos realizados por enfermeiros obstetras, mudanças de comportamento não só com esses profissionais mas também com os enfermeiros assistenciais que começaram também a se envolver no projeto, ocorrendo assim mudanças comportamentais relacionadas ao cuidado com a parturiente.

A efetiva participação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto e nascimento na instituição demonstrou confiança no trabalho em equipe no atendimento humanizado. Consideramos este projeto, viável, exequível e um excelente estímulo para melhorar a assistência as mulheres de modo integral, empoderando essas parturientes a fim de que sejam protagonistas de seu parto. Observou-se que a instituição em referência no nosso estudo acredita numa assistência realizada com práticas humanizadas baseadas em evidências científicas, porém a transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um desafio atual e urgente que requer esforços tanto de gestores quanto de profissionais de saúde. É urgente e necessário o planejamento e implementação de estratégias políticas e institucionais de atualizações permanentes, na área da saúde da mulher, que viabilizem a confiança e a consolidação desses profissionais. Para além das atividades assistenciais do enfermeiro obstetra, é de grande relevância as atividades de educação em saúde à parturiente no momento do parto, contribuindo e participando da transformação da assistência obstétrica, para torná-la menos intervencionista e mais humanizada, através da competência técnica e sensibilidade para se relacionarem com as mulheres e seus familiares.

Referências Bibliográficas

- Almeida, Nilza Alves Marques, Medeiros, Marcelo, & Souza, Marta Rovey de. (2012). Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 819-827. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400012>>. Acesso em: 05/08/2018.
- Amorim, T., & Rosa Gualda, D. (2011). Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12 (4), 833-84
- Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2014). O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).
- Batista, A. D. P. (2010). *O saber e o fazer das parteiras tradicionais: aprendizagens perpetuadas no espaço doméstico* (Dissertação). Petrópolis (RJ): Universidade Católica de Petrópolis. Faculdade de Educação.
- Bittencourt, I. S. (2016). Complicações do parto natural: assistência de enfermeiros (as) obstetras. *Saúde. com*, 5(1).
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 04/03/2018.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha*. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>>. Acesso em: 03/03/2018.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de acompanhamento*. Brasília: Ipea.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Castro, Jamile Claro de, & Clapis, Maria José. (2005). Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 960-967. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600007>>. Acesso em: 02/03/2018.
- Caus, E. C. M., Santos, E. K. A. dos., Nassif, A. A., & Monticelli, M. (2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16 (1), 34-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005>. Acesso em: 04/03/2018.

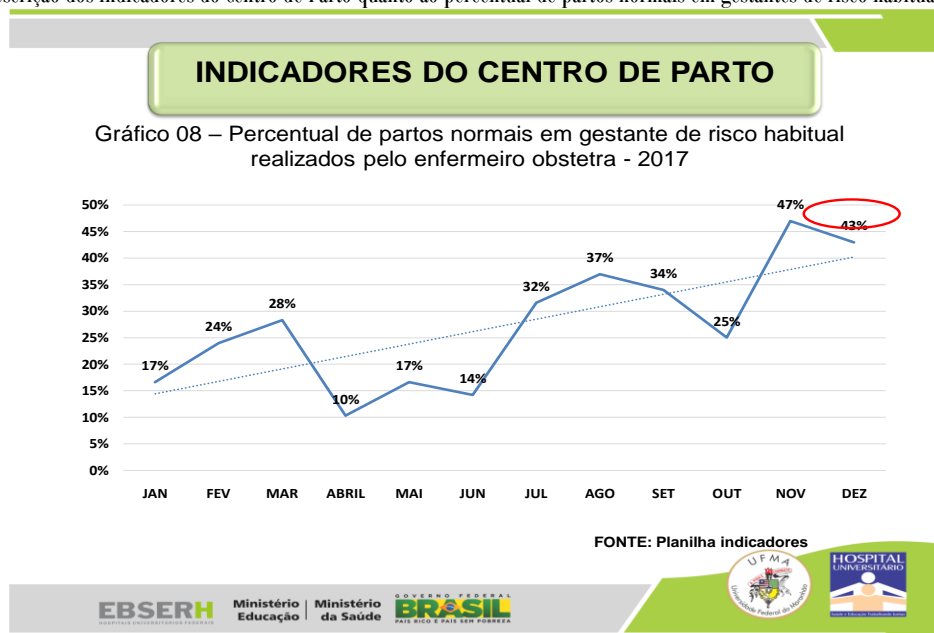
- Cofen. (2012). Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 439/2012. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências*. COFEN.
- Cofen. (2015a). Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 477/2015. *Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas*. COFEN.
- Cofen. (2015b). Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 478/2015. *Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências*. COFEN.
- Cofen. (2015). Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 479/2015. *Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências*. COFEN.
- Gramacho, R. C. C. V., & SILVA, R. D. C. V. (2014). Enfermagem na cena do parto. *Cadernos Humaniza SUS*, 184-200.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. Disponível em: <<http://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>>. Acesso em: 04/03/2018..
- Júnior, A. R. F., Makuch, M. Y., Osis, M. J. M. D. & de Barros, N. F. (2015). Percepções de Profissionais de Enfermagem sobre a Humanização em Obstetrícia. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 14(2).
- Laboissière, P. (2017). Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil. Agência Brasil. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>>. Acesso em: 05/05/2018.
- Lowmdermilk, D. L. & Perry, S.E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. 7. ed. Camarate: Lusodidacta.
- Malheiros, P. A., Alves, V. H., & Rangel, T. S. A., & Vargens, O. M. C. (2012). Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21 (2), 329-337. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>. Acesso em: 22/06/2018.
- Merighi, M., & Gualda, D. (2009). O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200020&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 22/06/2018.
- Moraes, E. (2008) *Tipos de parto? Que classificação é essa?* Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/tipos-de-parto-que-classificacao-eh-essa.html>>. Acesso em: 03/03/2018
- Moura, Fernanda Maria de Jesus S. Pires, Crizostomo, Cilene Delgado, Nery, Inez Sampaio, Mendonça, Rita de Cássia Magalhães, Araújo, Olívia Dias de, & Rocha, Silvana Santiago da. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 452-455. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>>. Acesso em: 05/04/2018
- Nagahama, E. E. I. (2006). A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto: uma avaliação da qualidade. 239f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312068>>. Acesso em: 05/04/2018.

- Nascimento, Natália Magalhães do, Proganti, Jane Márcia, Novoa, Rachelli Iozzi, Oliveira, Thalita Rocha de, & Vargens, Octávio Muniz da Costa. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*, 14(3), 456-461. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300004>>. Acesso em: 03/03/2018.
- Porfírio, A., Proganti, J., & de Souza, D. (2010). As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 331-6. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/ree.v12>>. Acesso em: 04/03/2018.
- Prata, J., Proganti, J., & Pereira, A. (2012). O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(1), 105-110. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/reuerj.2012.4003>>. Acesso em: 03/04/2018.
- Prata, Juliana Amaral, Proganti, Jane Márcia, & David, Helena Scherlowski Leal. (2014). A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 1123-1129. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002040013>>. Acesso em: 05/05/2018.
- Riesco, Maria Luiza Gonzalez, & Tsunechiro, Maria Alice. (2002). Formação profissional de obstetizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 449-459. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>>. Acesso em: 04/04/2018.
- Santos, Raquel Bezerra dos, & Ramos, Karla da Silva. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 13-18. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100002>>. Acesso em: 03/03/2018.
- Silva, A.G.E., Moraes, C.L., Reichenheim, M.E. (2012). Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1359-1370, jul. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 dez. 2017.
- Velho, Manuela Beatriz, Oliveira, Maria Emília de, & Santos, Evanguelia Kotzias Atherino dos. (2010). Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 652-659. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023>>. Acesso em: 20/02/2018.
- Versiani, C. C., Barbieri, M., Gabrielloni, M. C., & Fustinoni, S. M. (2015). Significado de parto humanizado para gestantes. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7 (1), 1927-1935. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750945017/>>. Acesso em: 02/02/2018.
- Versiani, Clara Cássia, Rodrigues, Aline Késia, Silva, Tereza Cristina Bretas, Holzmann, Ana Paula Ferreira, Souto, Danielle Fagundes Souto. (2013). O ser enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. *Rev APS*. abr/jun; 16(2): 173-179. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1786/718>>. Acesso em: 03/03/2018.

Apêndice

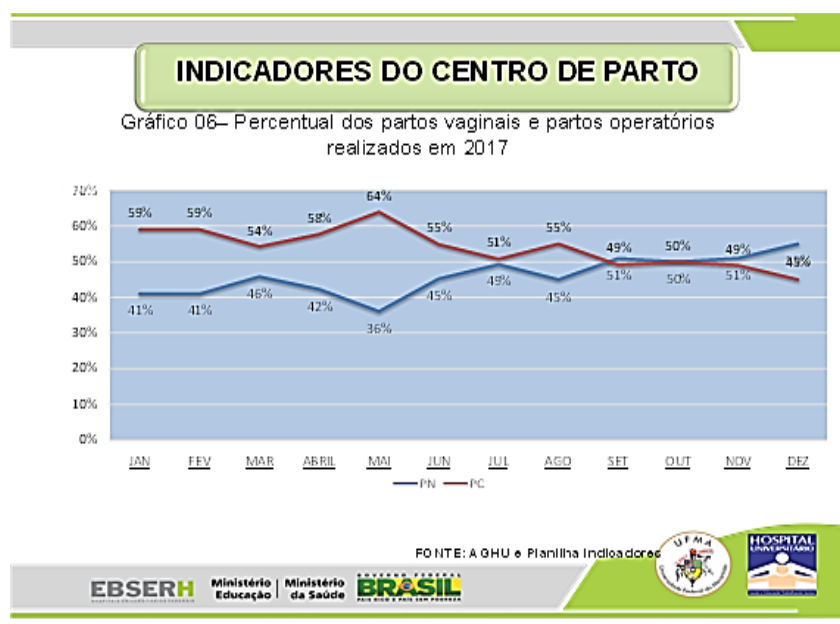
Apêndice I - Descrição dos indicadores do Centro de Parto quanto ao percentual de partos

Figura 1: Descrição dos indicadores do Centro de Parto quanto ao percentual de partos normais em gestantes de risco habitual.



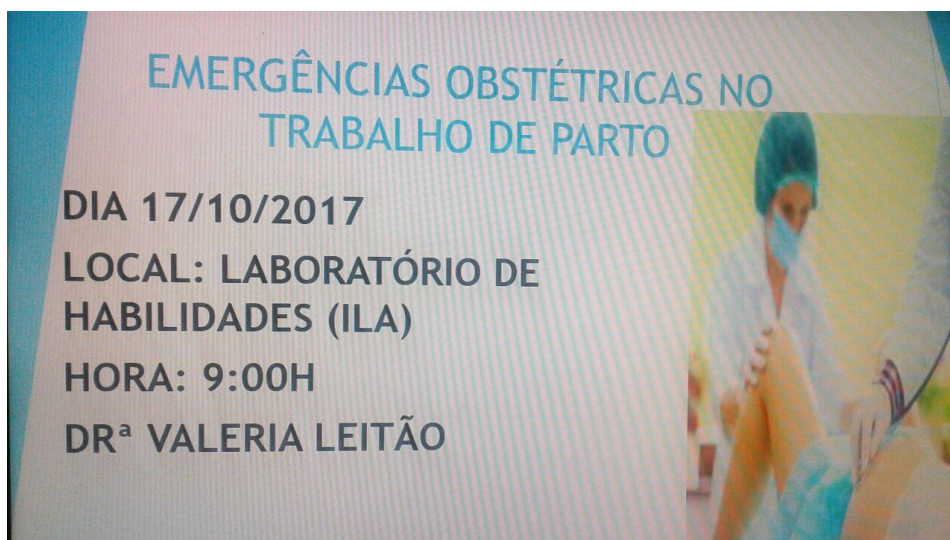
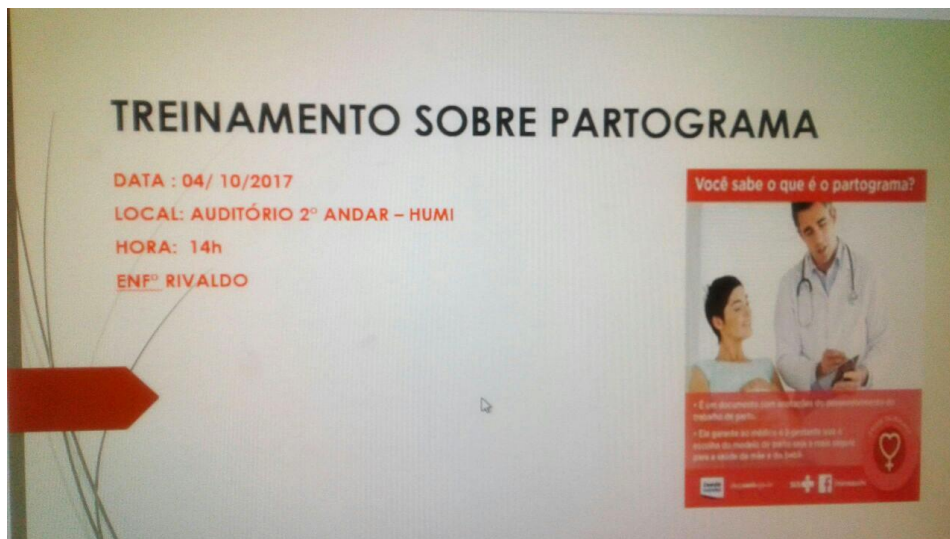
Fonte: Planilha mensal do Centro Obstétrico

Figura 2: Descrição dos indicadores do Centro de Parto quanto ao percentual de partos vaginais e operatórios.



Fonte: Planilha Mensal do Centro Obstétrico

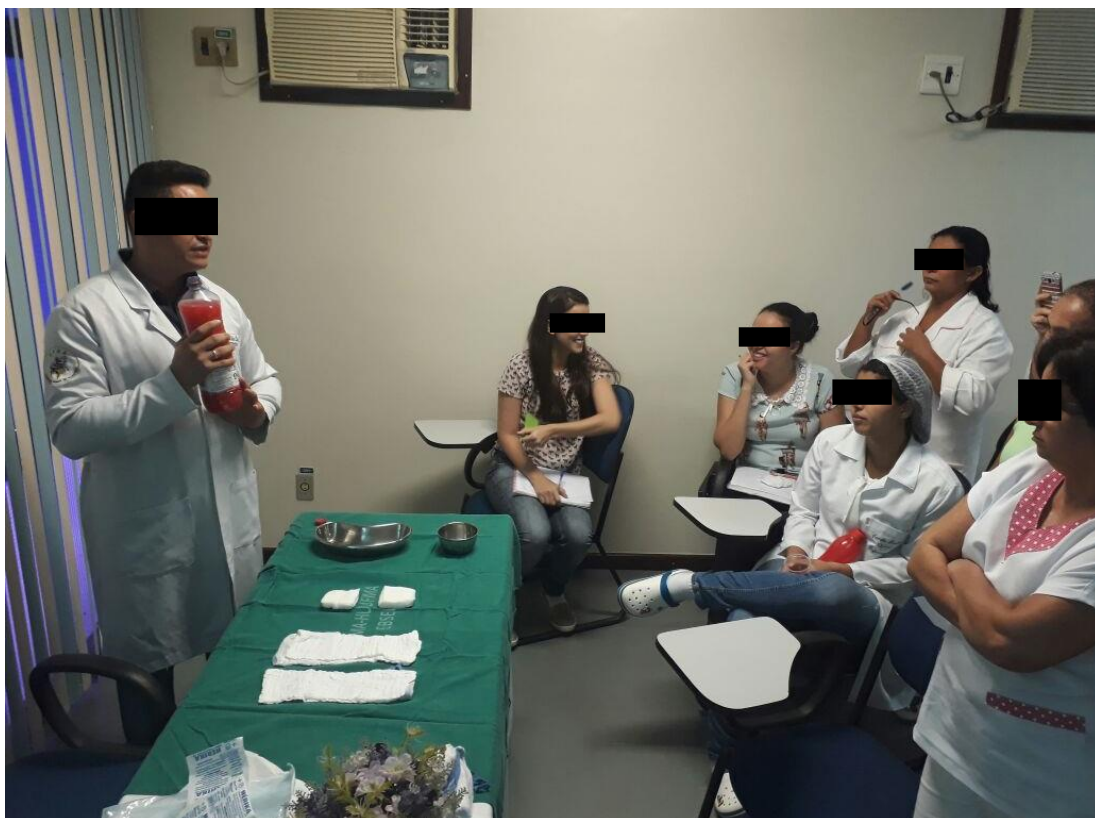
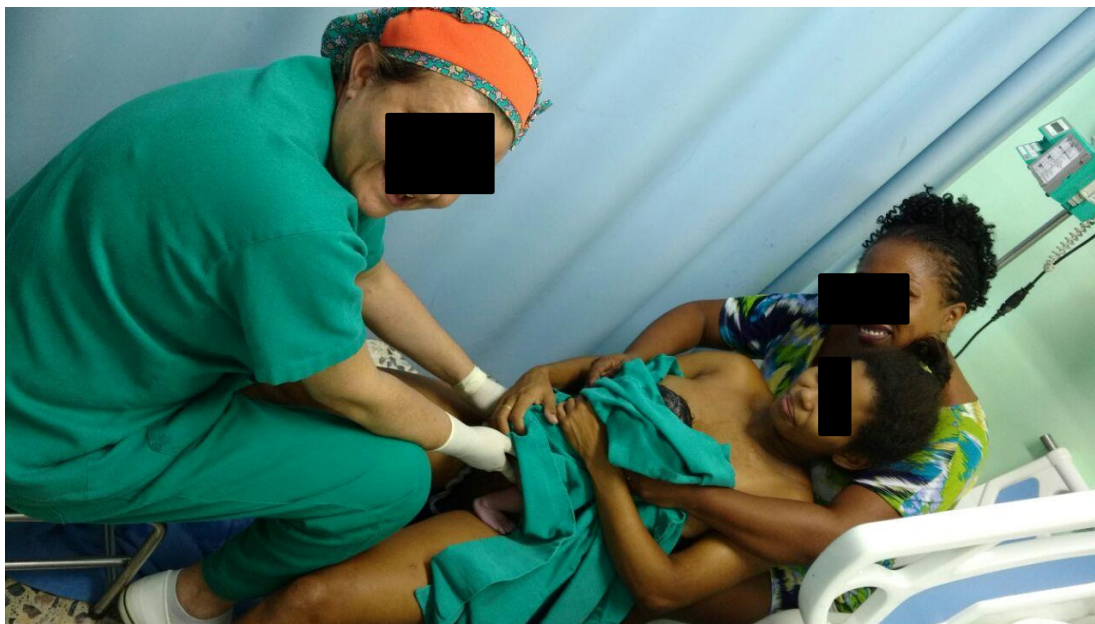
Apêndice II - Fotos dos treinamentos realizados

















Apêndice III - Pré-teste aplicado aos enfermeiros obstétricos

Este questionário tem como objetivo detectar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros obstetras no centro de parto do Hospital Universitário Materno Infantil com o propósito de traçar um plano de intervenção.

QUESTIONÁRIO

Questões relacionadas às dificuldades dos enfermeiros obstetras relacionadas a assistência ao trabalho de parto.

Equipe de investigação

Mestrando: Valdiclea Veras

Orientação Científica: Prof. Doutor João Paulo de Figueiredo & Prof. Mestre Rivaldo Lira

Parte I Informações Sociobiográficas

Sexo _____ idade _____

Estado civil: Casado () solteiro () União estável () Divorciado () Separado ()

Ano de conclusão da especialização _____

Quantos anos atuante como enfermeiro obstetra? _____ Você atua como enfermeiro em outra especialidade? () sim () não

Qual? _____ Como é sua escala de trabalho ? () 12 horas () 6 horas diárias () 8 horas diárias

Parte II Questões técnicas e profissionais:

1- Identifique a capacidade para assistir e desenvolver as práticas e habilidades durante o trabalho de parto em uma escala de 0 a 10?

2- Pra você o trabalho de parto é algo inesperado, pouco preciso e às vezes perigoso? Sim () Não ()

Justifique sua resposta _____ 3-

Você sente segurança ao avaliar dilatação, apagamento e plano de De-lee?

SIM () NÃO ()

4- Você sabe identificar avaliação do bem-estar fetal por cardiotocografia?

() SIM () NÃO

5- Você tem habilidade para identificar as distócias obstétricas e utilização de medidas corretivas simples tais como: amniotomia, estimulação ocitócica, hidratação oral ou venosa, etc. conforme diretrizes de assistência ao parto?

() SIM () NÃO

6- Você se sente capacitado para realizar as manobras iniciais para resolução da distócia de ombro?

() SIM () NÃO

7- Quais medos que você ainda tem durante o trabalho de parto?

() parada de progressão

() posição anômala ou assinclitismo no período de nascimento

() demora no período expulsivo

() não saber se tem que realizar episiotomia

() extremamente preocupado com a vitalidade fetal

() outro

8- Qual seu maior receio em assistir o trabalho de Parto ?

9- Seu conhecimento em relação a dinâmica e processo do parto, apresentado pelo Partograma é:

() Excelente () Muito Bom () Bom () Regular () Insuficiente

10-Você considera o treinamento importante para alcançar seus objetivos na assistência ao Parto?

Extremamente Importante ()

Muito Importante ()

Importante ()

Pouco Importante () Nada Importante ()

Apêndice IV - Carta de anuência

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO ATLÂNTICO (IUA)
FACULDADE EINSTEIN
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE EM COIMBRA - IPC
MESTRADO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Dr. Frederico Vitório Lopes Barroso

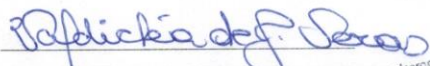
Diretor clínico do Centro de Parto do Hospital Universitário Materno Infantil

Solicitamos autorização institucional para realização do projeto de intervenção Intitulado: Aperfeiçoamento do enfermeiro obstetra facilitando o processo de inserção no Centro de parto do Hospital Universitário Materno Infantil a ser realizada pela aluna mestranda Valdicléa de Jesus Veras, sob orientação do Prof. Ms. Rivaldo Lira, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Aprimorar Enfermeiros obstétricos para desenvolvimento de competências assistências ao trabalho de parto do Centro de Parto do Hospital Universitário do Maranhão. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

São Luís, 20 de setembro de 2017.


Valdicléa de Jesus Veras

Pesquisador(a) Responsável do Projeto

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação


Dr. Frederico Vitório Lopes Barroso

Frederico Vitório Lopes Barroso
Chefe da Unidade Materno Infantil
Matrícula SIAPE nº 2296832